ASLCagliari

Allegato alla delibera n° 2241

30 DIC. 2013

AVVISO DI MOBILITA' REGIONALE ED INTERREGIONALE TRA AZIENDE ED ENTI DEL COMPARTO DEL SSN, PER LA COPERTURA DI N°10 POSTI NEL PROFILO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO, FISIOTERAPISTA, CAT.D DA DESTINARE AL CENTRO SCLEROSI MULTIPLA DEL P.O. BINAGHI (1 POSTO), DISTRETTO 1 CAGLIARI (1 POSTO), AREA NURSING – CASA CIRCONDARIALE DI CAGLIARI (1 POSTO), UNITÀ SPINALE N.2 DEL P.O. MARINO (2 POSTI), SERVIZIO RECUPERO E RIED. FUNZ. DEL P.O. BUSINCO (2 POSTI), DISTRETTO 2 AREA OVEST (2 POSTI), DISTRETTO DI MURAVERA (1 POSTO).

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE:

In esecuzione della deliberazione n° del , la ASL di Cagliari intende attivare una procedura di mobilità regionale ed interregionale tra Aziende ed Enti del comparto del SSN, indicate all'art. 10 del *CCNQ "definizione comparti 2006-2009*) per la copertura di n. 10 posti nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario, Fisioterapista - cat.D, da destinare al Centro Sclerosi Multipla del P.O. Binaghi (1 posto), Distretto 1 Cagliari (1 posto), Area Nursing - Casa Circondariale di Cagliari (1 posto), Unità Spinale n. 2 del P.O. Marino (2 Posti), Servizio Recupero e Ried. Funz. del P.O. Businco (2 posti), Distretto 2 Area Ovest (2 posti), Distretto di Muravera (1 posto).

Possono partecipare alla mobilità in oggetto i candidati in possesso dei seguenti requisiti:

- Essere dipendenti a tempo indeterminato di un'Azienda o Ente del Comparto del SSN di cui all'art. 10 del CCNQ *"definizione comparti 2006-2009"* nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario, Fisioterapista - Cat.D , e aver superato il periodo di prova;

I dipendenti interessati potranno presentare domanda in carta semplice, allegando un curriculum professionale redatto sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, compilato su carta semplice (datato e firmato).

Le domande di partecipazione, redatte secondo il modulo allegato, dovranno essere inviate alla ASL di Cagliari – Servizio del Personale – Via Piero della Francesca, 1, 09047 Selargius (CA) tramite servizio postale a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento (a tal fine farà fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante) o tramite Posta Elettronica Certificata protocollo.generale@pec.aslcagliari.it **entro il quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale.**
Si precisa che la validità di tale invio è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di posta elettronica certificata personale. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da una casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato.
Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno non festivo.

Un'apposita Commissione, nominata con proprio atto dal Direttore Generale, procederà alla valutazione dei candidati ammessi, attraverso l'esame del curriculum e l'espletamento di un colloquio volto a valutare la professionalità e le competenze acquisite nel profilo professionale oggetto della mobilità, nelle Aziende ed Enti di appartenenza.

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

Allegato alla delibera n°

Nell'ambito della valutazione dei titoli e curricula professionali dei partecipanti verranno utilizzati i criteri di massima di seguito elencati:

- **adeguata esperienza lavorativa nell'ambito di strutture riabilitative residenziali o strutture riabilitative ad indirizzo di neuropsichiatria infantile;**
- **comprovata esperienza in interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali;**
- **comprovata esperienza in attività terapeutiche per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, massoterapiche e occupazionali;**
- **comprovata esperienza nel campo della proposta di adozione di protesi ed ausili, di addestramento all'uso e di verifica dell'efficacia degli stessi.**

Il Direttore Generale, sulla base della relazione predisposta dalla Commissione e dei giudizi di merito espressi nella stessa, deciderà i nominativi degli interessati per i quali procedere alla chiamata per la copertura dei posti.

Ai soggetti individuati verrà riconosciuto il trattamento giuridico ed economico così come previsto dai C.C.N.N.L.L. delle Aziende del Comparto Sanità.

Si evidenzia che all'atto del trasferimento in entrata verranno riconosciute da questa Azienda unicamente le eventuali ferie non ancora godute dell'anno in corso; pertanto eventuali ferie arretrate andranno fruite prima della data fissata per il trasferimento.

La presentazione della domanda di partecipazione alla presente procedura vale come esplicita autorizzazione all'Ente al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura stessa.

Il presente avviso verrà pubblicato in forma integrale sul sito aziendale www.aslcagliari.it. sul quale verrà pubblicato anche lo schema di domanda e del modello di curriculum/dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

Ogni informazione potrà essere richiesta al Servizio del Personale della ASL di Cagliari – Via Piero della Francesca, 1 09047 – Selargius Tel. 070/609.3274 nella persona del Responsabile del procedimento Dr.ssa Alessandra Cauli

Il Direttore Generale si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso in qualunque momento, in presenza di motivi legittimi o di particolari ragioni senza che nei partecipanti insorga alcuna pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Emilio Simeone)

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

Allegato alla delibera n°

FAC SIMILE DOMANDA

Al Direttore Generale della
ASL di Cagliari
- Servizio del Personale -
Via Piero della Francesca, 1
Loc. su Planu
09047 Selargius (CA)

__l__ sottoscritt_ _____, nat__ a _____ (Prov.___) il _____, residente in _____, (CAP_____), Via _____, n._____ e domiciliat__ per la procedura in oggetto in _____ (CAP_____), Via _____ n. ___ Tel. _____Cell._____

CHIEDE

Di essere ammess__ a partecipare alla Mobilità regionale ed interregionale, tra Enti ed Aziende del Comparto Sanità per la copertura di n°10 posti nel profilo nel profilo di Collaboratore professionale Sanitario, Fisioterapista, cat.D da destinare al Centro Sclerosi multipla del P.O. Binaghi (1 posto), Distretto 1 Cagliari (1 posto), Area Nursing – Casa Circondariale di Cagliari (1 posto), Unità Spinale n. 2 del P.O. Marino (2 posti), Servizio Recupero e Ried. Funz. del P.O. Businco (2 posti), Distretto 2 Area ovest (2 posti), Distretto di Muravera (1 posto).

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000, delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- ❑ di essere dipendente a tempo indeterminato, nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario, Fisioterapista, cat.D, presso la seguente Pubblica Amministrazione del Comparto Sanità ……, sede in …… Via ……;
- ❑ di essere stato assunto in data…… e di aver superato il periodo di prova;
- ❑ di prestare servizio presso: Struttura/P.O./Servizio…… ……;
- ❑ di prestare attività lavorativa con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella interessata)
  - ❑ pieno

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

- ❑ parziale, con percentuale lavorativa al .....% , per n°.....ore settimanali;

❑ di avere effettuato negli ultimi tre anni n°..... giorni di malattia;

❑ di disporre, alla presente data, di n°. ..... giorni di ferie non ancora godute;

❑ Godimento benefici art. 33 L.104/92 (barrare la casella interessata)

- ❑ Si (specificare per chi).....
- ❑ No

❑ di essere disposto allo svolgimento di turni di lavoro e a prestare la propria attività anche in regime di pronta disponibilità, ovvero (specificare ipotesi contraria)

❑ Godimento benefici art. 79 D. Lgs. 267/2000 (componenti dei consigli comunali, provinciali, circoscrizionali)

- ❑ Si
  .....
- ❑ No

❑ di non avere in corso procedimenti disciplinari o eventuali procedimenti di destituzione, dispensa o decadenza dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, ovvero (specificare ipotesi contraria);

❑ di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/03;

Allega alla presente

- ❑ Curriculum formativo-professionale, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, datato e firmato;
- ❑ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di inquadramento giuridico e dati stipendiali.

Data, ...

Firma

_____

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

Allegato alla delibera n°

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000)

CURRICULUM

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Titoli accademici e di studio conseguiti (specializzazioni, master etc.)
- pubblicazioni e titoli scientifici

(le pubblicazioni, esclusivamente edite a stampa, dovranno essere allegate)

- partecipazione a corsi, convegni, etc.

(Indicare dettagliatamente tutti gli estremi necessari al fine di permettere una corretta valutazione degli stessi es. titolo dell'evento formativo, durata, ente erogatore dell'attività di formazione e/o aggiornamento)

ESPERIENZA LAVORATIVA

(attestare dettagliatamente)

▪servizio prestato con la qualifica di _____ presso (Ente) _____(specificare se trattasi di struttura pubblica o privata) nella U.O._____ con rapporto di dipendenza a tempo pieno o con impegno orario settimanale pari a _____ore , dal_____ al_____;

▪servizio prestato con la qualifica di _____ con rapporto _____ (co.co.co; co.pro.; libero professionale/etc.) presso (Ente)_____(specificare se trattasi di struttura pubblica o privata) nella U.O. _____dal_____ al_____;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora la ASL n. 8, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Cagliari,_____

Il Dichiarante * _____

* la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante **può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

ASLCagliari

Allegato alla delibera n°

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- che la propria retribuzione mensile lorda ammonta ad € _____

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 2241 DEL 30 DIC. 2013

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)

IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Storelli)

IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)

IL PRESENTE ALLEGATO E' COMPOSTO DI N° sei FOGLI.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE (Dr.ssa Patrizia Sollai)

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it