

Allegato alla delibera n. del

360 25 MAR. 2015

ALLEGATO "A"

AVVISO DI MOBILITA' REGIONALE ED INTERREGIONALE TRA AZIENDE ED ENTI DEL COMPARTO DEL SSN PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE – CAT.DS, DA DESTINARE ALL'AREA PERSONALE E FORMAZIONE.

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE:

In esecuzione della deliberazione n. _____ del _____ la ASL di Cagliari intende attivare una procedura di mobilità regionale ed interregionale fra Aziende ed Enti del comparto del SSN, per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore Amministrativo Professionale Esperto, cat. DS, da destinare all'Area Personale e Aziendale.

Possono partecipare coloro i quali abbiano attualmente in corso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso altre amministrazioni del SSN, nel profilo professionale e nella categoria oggetto della mobilità e che abbiano 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 Cagliari – Via Piero della Francesca, 1, 09047 Selargius (CA) tramite servizio postale, esclusivamente 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 trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale.**

Si precisa che la validità dell'invio tramite Pec è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di posta elettronica certificata personale. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopraindicato.

Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno non festivo.

Un'apposita Commissione, nominata dal Commissario Straordinario, 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.

Nell'ambito dell'esame dei titoli e curricula professionali dei partecipanti, verranno valutati i requisiti professionali e le competenze professionali di seguito elencate:

- **Comprovata esperienza professionale nei settori "Personale" e "Formazione";**

pg. _____

Allegato alla delibera n. del

Il Commissario Straordinario, 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.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 fruita prima della data fissata per il trasferimento.

La presentazione della domanda di partecipazione alla presente procedura vale come esplicita autorizzazione all'Amministrazione 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 Funzionario responsabile del procedimento, Dott.ssa Alessandra Cauli, presso il Servizio del Personale della ASL di Cagliari – Via Piero della Francesca, 1 09047 – Selargius Tel. 070/6093274.

Il Commissario Straordinario 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 Commissario Straordinario
(Dott.ssa Savina Ortu)**

Allegato alla delibera n. del

FAC SIMILE DOMANDA

Al Commissario Straordinario
ASL di Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
Loc. su Planu
09047 Selargius (CA)

__I__ 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 del SSN, indetta per la copertura di n. 1 posto nel profilo di Collaboratore Amministrativo Professionale Esperto - Cat.DS, da destinare all'Area Personale e Formazione.

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 Amministrativo Professionale Esperto, cat.DS, (specificare obbligatoriamente la categoria professionale riportata nel contratto individuale di lavoro) presso la seguente Pubblica Amministrazione _____, con 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 _____;
- di essere attualmente titolare di incarico di _____ conferitomi dall'Azienda di appartenenza;
- di prestare attività lavorativa con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella interessata)

Allegato alla delibera n. del

- pieno
- parziale, con percentuale lavorativa al% , per n°.....ore settimanali;
- di avere effettuato negli ultimi tre anni n°..... giorni di malattia;
- Godimento benefici art. 33 L.104/92 (barrare la casella interessata)
 - Si (specificare per chi).....
 - No
- 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;
- di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;

Allega alla presente

- Curriculum formativo-professionale, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio (con formula di responsabilità ex art. 76 DPR 445/00), datato e firmato).

Data,

Firma

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 (ulteriori lauree, 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.**

Allegato alla delibera n. del

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR445/00 delle
sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

< Di essere inquadrato presso la seguente P.A. nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di

< che la propria retribuzione mensile lorda ammonta ad € _____

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 360 DEL 25 MAR. 2015
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO ~~IL DIRETTORE SANITARIO~~
~~Dott.ssa Antonella Carreras~~ ~~Dott. Pier Paolo Pani~~
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Savina Ortu

IL PRESENTE ALLEGATO E' COMPOSTO

DI N° 5 FOGLI.
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE PP.

(Dott.ssa Angela Pingiori)