

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

Allegato A1



N. 479 DEL 24 APR. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott.ssa Antonella Carreras IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Pani

Alla Direzione Sanitaria

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO E p.c. Al Servizio del Personale

Prot. n. 275/15 UO C.Ring del 27-03-2015 Dott.ssa Savina Ortu

Oggetto: Richiesta proroga di un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato.

Il sottoscritto dott. SANNA ANNA MARIA Direttore/Responsabile della U.O. RIABILITAZIONE E TERAPIA FISICA chiede che vengano attivate le procedure amministrative per la proroga di n. 1 unità di personale, nelle persone dei Dott./Sigg.: PISANO FRANCESCO

- 1) PISANO FRANCESCO
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

con la qualifica DIRIGENTE MEDICO, per la durata di 6 mesi, presso U.O.C. RIABILITAZIONE E TERAPIA FISICA

La richiesta è fondata sulle seguenti ragioni ed esigenze di carattere esclusivamente temporaneo o eccezionale cui non è possibile far fronte col personale assegnato alla propria U.O. né con il personale assegnato nell'ambito del dipartimento:

IL DIRIGENTE MEDICO È IN SELEZIONE C/O LA STRUTTURA U.O. RIABILITAZIONE, IN ATTESA CHE VENGANO CONCLUSE LE PROCEDURE DELLA MOBILITÀ PER N=1 FILIATRA ASSEGNATO ALL'UNITÀ OPERATIVA (DR. PAOLO PILLA) E AL FINE DI GARANTIRE LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (CODE RICHIESTO NELLA SELEZIONE GIÀ APPROVATA).

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle conseguenze previste dagli art. 36 e 21 del D.lgs. n. 165/01 per i dirigenti che operano in violazione delle disposizioni dell'art. 35 suddetto e che di eventuali violazioni si terrà conto in sede di valutazione dell'operato del dirigente ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286.

F.to il Responsabile [Signature] data CA 27-03-15

Spazio riservato alla Direzione Aziendale

Il sottoscritto Direttore Amministrativo/Sanitario, vista la precedente richiesta e preso atto delle motivazioni indicate

- Autorizza le assunzioni richieste
- Non autorizza le assunzioni richieste

Eventuali motivazioni Si autorizza per le ragioni addotte dal Responsabile e compatibili con le normative di ordine amministrativo

F.to il Direttore _____ IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Pani

IL PRESENTE ALLEGATO E' COMPOSTO

DI N° uno FOGLI 0

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE [Signature] (Dott.ssa Angela Pingiori)