

**AVVISO DI MOBILITA' INTERNA A DOMANDA
PER LA COPERTURA DI N. 45 POSTI NEL PROFILO DI COLLABORATORE
PROFESSIONALE SANITARIO, INFERMIERE - CAT.D,
DA DESTINARE
AGLI ISTITUTI PENITENZIARI AFFERENTI IL TERRITORIO DELLA ASL CAGLIARI.**

Al fine di garantire ed assicurare il potenziamento della figure professionali oggetto del presente avviso, e' indetta una Mobilità Interna, ai sensi dell'art 18 del CCNL del 20/09/01, riservata al personale dipendente a tempo indeterminato della ASL di Cagliari nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario – **Infermiere Cat. "D"**, per la copertura di:

n. 45 posti da destinare agli Istituti Penitenziari afferenti il territorio della Asl Cagliari.

I dipendenti interessati dovranno presentare domanda e curriculum professionale, redatto sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, utilizzando i fac simile allegati al presente avviso.

Ai sensi della vigente normativa, l'attività sanitaria all'interno delle strutture penitenziarie potrà essere svolta esclusivamente da soggetti che non abbiano:

- **riportato condanne definitive per delitti di qualunque natura;**
- **che non abbiano procedimenti penali a carico;**
- **che non abbiano familiari o conviventi tra la popolazione detenuta o internata.**

Le Direzioni degli Istituti di assegnazione svolgeranno le verifiche necessarie su candidati idonei prima dell'assunzione.

Le domande di partecipazione, redatte secondo il modulo allegato, dovranno essere inviate entro il quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale www.aslcagliari.it - sezione "Avvisi di Mobilità", alla ASL di Cagliari – Servizio del Personale – Via Piero della Francesca, 1, 09047 Selargius (CA) tramite:

- a) servizio postale a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento;
- b) ufficio protocollo generale dell'Azienda;

(per entrambe farà fede il timbro e la data dell'Ufficio postale accettante e/o del protocollo generale aziendale)

- c) tramite Posta Elettronica Certificata - protocollo.generale@pec.aslcagliari.it,

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 dal Commissario Straordinario, procederà alla valutazione dei candidati ammessi, attraverso l'esame del curriculum e di un eventuale colloquio volto a valutare la professionalità e le competenze acquisite nel profilo professionale oggetto della mobilità.

In caso di pluralità di domande, superiore ai posti da coprire, si procederà alla formulazione di una graduatoria che dovrà essere stilata sulla base dell'anzianità di servizio, e del possesso di certificazioni nell'ambito dell'emergenza sanitaria valorizzando l'esperienza professionale prestata in contesti lavorativi di sanità penitenziaria.

In tal caso la Commissione, sulla base della valutazione dei suddetti titoli, redigerà una graduatoria di merito.

Coloro che rientrano nelle ipotesi di cui all'art. 33 della L.104/92 hanno diritto al trasferimento con priorità assoluta in caso di avvicinamento alla propria residenza.

Si precisa che al fine di assicurare stabilità operativa alla struttura di assegnazione, i vincitori non potranno chiedere trasferimento presso altra struttura o presentare istanza di diversa assegnazione all'interno dell'Azienda, per un periodo di 24 mesi salvo sopraggiunte inidoneità psicofisiche documentate da verbale di commissioni mediche preposte.

La graduatoria avrà la validità di 12 mesi e verrà utilizzata per ulteriori posti che si renderanno vacanti nelle strutture per le quali è indetta la mobilità'.

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. alla voce "avvisi di mobilità" sul quale verrà pubblicato anche lo schema di domanda e del modello di curriculum sotto forma di 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 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
(Dr. ssa Savina Ortu)

Al Commissario Straordinario
Asl Cagliari
Via Piero Della Francesca, 1
Loc. Su Planu – 09047 Selargius

Oggetto: domanda di partecipazione all'Avviso di Mobilità interna ordinaria per gli istituti Penitenziari afferenti il territorio della Asl Cagliari.

___/___ sottoscritt___ _____, nat___ a _____
(Prov. ___) il _____, residente in _____, (CAP _____), Via
_____, n. _____ e domiciliat___ per la procedura in oggetto in
_____, (CAP _____), Via
_____ n. ___ Tel. _____

CHIEDE

di essere ammess___ a partecipare alla Mobilità ordinaria interna per la copertura di n. 45 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere Cat. "D", da destinare agli gli istituti Penitenziari afferenti il territorio della Asl Cagliari.

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 di codesta ASL di Cagliari, nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere Cat. "D" dal _____

/___/ di prestare servizio presso _____

/___/ di prestare attività lavorativa con rapporto a /___/ tempo pieno ovvero /___/ a tempo parziale, con percentuale lavorativa al ___%, per n. ___ ore sett.

/___/ di non aver:

/___/ riportato condanne definitive per delitti di qualunque natura;

/___/ di non avere procedimenti penali a carico

/___/ di non aver familiari o conviventi tra la popolazione detenuta o internata.

/ / Di godere dei benefici di cui all'art. 33 della L. 104/92:

/ / Si (specificare per chi) _____

/ / No

/ / ai sensi del D.Lgs n. 196/03, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge.

Data, _____

firma _____

Si allegano:

curriculum formativo e professionale datato e firmato;

fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità

Allegato alla Domanda di Mobilità interna a domanda
per la copertura di posti di infermiere da destinare agli istituti penitenziari afferenti il
territorio della ASL cagliari

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

presenta, per la valutazione delle proprie attività, il seguente curriculum formativo e
professionale quale allegato alla domanda di
partecipazione al concorso.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera;
- di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora la ASL di Cagliari, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.
- di essere in possesso dei seguenti titoli:

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

(Numerare progressivamente ed elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, allegandone copia, in carta semplice,

Nelle copie delle pubblicazioni allegate dovrà essere riportata la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione avendo, inoltre, cura di evidenziare il proprio nominativo.

Di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni allegate, in copia semplice, alla presente dichiarazione:

N.	DESCRIZIONE
1	
2	

**Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato) presso
STRUTTURE PUBBLICHE**

ENTE Denominazione e sede	DAL	AL	Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento	Impegno orario settimanale

Interruzione dal servizio: dal/ ___ / ___ / ___ / al/ ___ / ___ / ___ / Motivo: _____

Interruzione dal servizio: dal/ ___ / ___ / ___ / al/ ___ / ___ / ___ / Motivo: _____

**Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato) presso
STRUTTURE PRIVATE**

Per il servizio prestato come dipendenti di agenzia interinale indicare la sede di lavoro.

<i>DATORE DI LAVORO PRIVATO Denominazione e sede</i>	<i>DAL</i>	<i>AL</i>	<i>Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento</i>	<i>Impegno orario settimanale</i>

Interruzione dal servizio: dal/ ___ / ___ / ___ / al/ ___ / ___ / ___ / Motivo: _____

Interruzione dal servizio: dal/ ___ / ___ / ___ / al/ ___ / ___ / ___ / Motivo: _____

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA /
COLLABORAZIONE OCCASIONALE**

presso STRUTTURE P U B B L I C H E O P R I V A T E

ENTE Denominazione e sede	DAL	AL	Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento
<input type="checkbox"/> Pubblico <input type="checkbox"/> Privato			
Tipologia contratto:			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>	<input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>		

ENTE Denominazione e sede	DAL	AL	Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento
<input type="checkbox"/> Pubblico <input type="checkbox"/> Privato			
Tipologia contratto:			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>	<input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>		

ENTE Denominazione e sede	DAL	AL	Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento
<input type="checkbox"/> Pubblico <input type="checkbox"/> Privato			
Tipologia contratto:			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>	<input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>		

ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

Dichiaro di aver partecipato alla seguente attività di aggiornamento e formazione:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

ATTIVITÀ DIDATTICA (materie attinenti il profilo professionale)

Di avere svolto le sottoelencate attività didattiche, in qualità di docente o di tutor:

1) Scuole universitarie o istituti scientifici:

A.A. ovvero ore insegnamento	Ente / Istituto	Materia	In qualità di Docente o Tutor

2) Istituti pubblici e/o scuole professionali del SSN:

A.A. ovvero ore insegnamento	Ente / Istituto	Materia	In qualità di Docente o Tutor

3) Corsi di formazione privati:

Ente / Istituto	Corso di studio	Materia	n. ore insegnamento

Ulteriori attività

DESCRIZIONE

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia di valido documento di identità.

Ai sensi del D.Lgs 196/03, di accordare 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.

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1076 DEL 28 AGO. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *[Signature]* 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° 0604 FOGLI.
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE *[Signature]*

(Dott.ssa Angela Pingiori)
[Signature]