ASLCagliari

ALLEGATO "A" alla Delibera n. 1269 del 17 NOV. 2009

PUBBLICATO SULLA G.U. N. 96 DEL 15 DIC. 2009

SCADENZA DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA – 04 GEN. 2010-

****

AVVISO DI MOBILITA' REGIONALE ED INTERREGIONALE PER LA COPERTURA DI N. 2 POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO, CAT "D".

****

In esecuzione della deliberazione del Commissario Straordinario n.1269 del 17/11/2009, la ASL di Cagliari intende attivare la procedura di Mobilità Regionale ed Interregionale fra Aziende ed enti del comparto del SSN, per la copertura **di n. 2 posti di collaboratore professionale tecnico sanitario di laboratorio biomedico, cat."D".**

Possono partecipare coloro i quali abbiano in corso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, presso altre amministrazioni, nel profilo suindicato 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, su carta semplice, datato e firmato, ed un certificato di servizio contenente i dati stipendiali.

Le domande di partecipazione, redatte secondo il modulo allegato, dovranno essere inviate alla ASL di Cagliari –Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius (CA)- tramite servizio postale, esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento **entro il ventesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale**. A tal fine farà fede il timbro postale accettante. Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno non festivo.

Si fa presente che non verranno prese in considerazione le domande di mobilità precedentemente inviate ed attualmente presenti agli atti dell'Azienda.

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 varie Aziende ed Enti di appartenenza.

Il Commissario Straordinario, sulla base della relazione predisposta dalla Commissione e dai giudizi di merito espressi dalla stessa, deciderà il nominativo dell'interessato per il quale procedere alla chiamata per la copertura del posto. Verrà riconosciuto il trattamento giuridico ed economico così come previsto dai C.C.N.L. delle Aziende del Comparto Sanità.

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, per estratto sulla Gazzetta Ufficiale e sul quotidiano "L'Unione Sarda", ed 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. 070/6093396.

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. Emilio Simeone)

FAC SIMILE DI DOMANDA

Al Commissario Straordinario

dell'Azienda USL n.8

Via Piero Della Francesca, 1 Loc. Su Planu

09047 Selargius – Cagliari

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

CHIEDE

di essere ammess___ a partecipare alla mobilità regionale ed interregionale, per la copertura di **N. 2 POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO CAT. "D".**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00,

DICHIARA

- di essere dipendente di ruolo a tempo indeterminato, nel profilo ***di collaboratore professionale tecnico sanitario di laboratorio biomedico cat. "D"***, presso la seguente pubblica Amministrazione _____ con sede in _____via _____;
- iscrizione all'Albo Professionale (ove esistente);
- di essere stato assunto in data _____e di aver superato il periodo di prova;
- di prestare servizio presso: Strutture / 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 :
    - ❑ pieno
    - ❑ parziale, con percentuale lavorativa al _____% per n° _____ ore settimanali;
- di aver 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 essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- non aver in corso procedimenti disciplinari o eventuali procedimenti di destituzione, dispensa o decadenza dall' impiego presso servizio 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

- certificato di servizio con dati stipendiali.
- Curriculum formativo – professionale, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio datato e firmato.

Data _____ Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000)

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

D I C H I A R A

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.co.pro ; lib.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 l'Azienda Usl 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.**

Il presente allegato è composto
di n° _____ fogli

Il Responsabile

ALLEGATO DELIBERAZIONE
N._____ DEL _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Gianluca Calabrò)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott .Ugo Storelli)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott. Emilio Simeone)