

n° prot. 25534

Del 10 APR. 2008

Ai Responsabili Sanitari ed Amministrativi dei PP.OO.

Ai Responsabili dei Dipartimenti

Ai Responsabili dei Distretti

AL Responsabile
Centrale operativa 118

Alle Organizzazioni Sindacali ed alla RSU Aziendale

Agli Uffici Personale dei PP.OO.

Oggetto: Avviso Mobilità Interna Volontaria nel profilo di **Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Cat. "D"**.

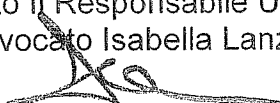
In allegato alla presente si trasmette copia dell'avviso di Mobilità Interna Volontaria per Collaboratori Prof.li Sanitari – Infermieri Cat. "D" da destinare ai Servizi e Poliambulatori dell'Azienda.

Le SS. LL. sono invitate a dare allo stesso la massima divulgazione.

Si precisa che il suddetto avviso dovrà essere affisso all'albo del Presidio, e che il termine per la presentazione delle domande di partecipazione alla mobilità scade il giorno **28 Aprile 2008.**

Distinti saluti.

F.to Il Responsabile U.O.C.
Avvocato Isabella Lanzone



pg

AVVISO DI MOBILITA' INTERNA

E' indetta mobilità interna volontaria nell'ambito della A.S.L. destinata al personale in servizio nel profilo di **Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere cat. "D"**, per la copertura di **n°24 posti** da assegnare ai Poliambulatori e Servizi dell'Azienda.

Sono inoltre ammessi a partecipare al presente avviso i Collaboratori Prof.li Sanitari – Infermieri, dipendenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, che hanno in corso la procedura di trasferimento presso questa Azienda, ai sensi dell'art. 13 protocollo d'intesa RAS-Università.

Le sedi di destinazione sono individuate presso i Poliambulatori sottoindicati:

- **Burcei** **posti 1**
- **Burcei + Quartu** **posti 1**
- **Cagliari Viale Trieste** **posti 3**
- **Cagliari Serv. Endocrinologia** **posti 1**
- **Decimo + Siliqua** **posti 2**
- **Dolianova** **posti 1**
- **Isili** **posti 1**
- **Mandas** **posti 1**
- **Muravera** **posti 2**
- **Muravera + Villasimius** **posti 2**
- **Orroli + Sadali** **posti 1**
- **Quartu Viale Colombo** **posti 2**
- **San Nicolò Gerrei** **posti 1**
- **Selargius** **posti 1**
- **Senorbì** **posti 2**
- **Dialisi Monastir/Sarroch** **posti 1**
- **Postazione 118 Sarroch + Poliambulatorio Pula** **posti 1**

I dipendenti interessati dovranno inviare la domanda redatta in carta semplice, utilizzando il modulo allegato, indirizzata alla A.S.L. di Cagliari, Via Piero della Francesca, 1 Loc. Su Planu 09047 – Selargius (CA)

Le domande di partecipazione, dovranno essere inoltrate o all'ufficio protocollo generale della A.S.L. o spedite con raccomandata con ricevuta di ritorno entro e non oltre il

28 APRILE 2008

La domanda si considera prodotta in tempo utile qualora spedita entro il termine stabilito a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno; a tal fine farà fede il timbro postale. In caso di inoltro all'Ufficio protocollo della ASL, verrà preso in considerazione il timbro con la data d'ingresso all'Ufficio stesso.

Nella domanda, i candidati dovranno indicare **solamente due sedi** (1^a scelta e, in subordine, 2^a scelta) di destinazione. Qualora, per i posti destinati ad ogni singola Struttura ci siano più domande, verrà stilata per ciascuno la relativa graduatoria. Qualora un dipendente risulti essere presente in più graduatorie ed accetti il trasferimento verso una delle due sedi opzionate, perderà automaticamente il diritto alla permanenza nell'altra graduatoria e non potrà accedere ad altra procedura di mobilità ordinaria se non siano trascorsi due anni dalla data dell'ultimo trasferimento.

La graduatoria avrà validità di 12 mesi dalla data di esecutività dell'atto deliberativo e verrà utilizzata anche per gli ulteriori posti che si renderanno vacanti e/o di nuova istituzione nella struttura per la quale è stato bandito l'avviso.

Nella domanda l'aspirante dovrà indicare l'indirizzo al quale dovranno essere trasmesse le eventuali comunicazioni e si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

REQUISITI DI AMMISSIONE

Possono partecipare alle selezioni i dipendenti in servizio a tempo indeterminato presso questa Azienda nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere Cat. "D" nonché coloro che, dipendenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari nello stesso profilo, hanno in corso il trasferimento presso questa Azienda, ai sensi dell'art. 13 protocollo d'intesa RAS-Università.

PROCEDURA FORMULAZIONE GRADUATORIE

In presenza di più domande rispetto ai posti da coprire, si procederà alla formulazione delle graduatorie che verranno redatte in relazione all'allegato "2" del regolamento sulla mobilità interna approvato con Delibera D.G. n°197 del 27/03/06. Si fa presente che ai dipendenti beneficiari della L.104/92, verrà riconosciuto il diritto di precedenza nella graduatoria, in caso di avvicinamento alla propria residenza. Qualora nella medesima graduatoria siano presenti più persone beneficiarie della L.104/92, la precedenza tra le medesime sarà determinata sulla base del punteggio complessivo attribuito in relazione ai titoli fatti valere.

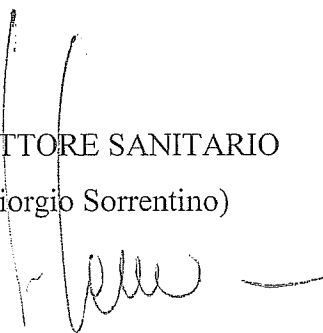
Al personale soggetto a turnazione verrà inoltre attribuito un punteggio per anno, in relazione al numero dei turni lavorativi (3 turni/2 turni) svolti durante il servizio prestato nel profilo di Coll. Sanit. Prof.le – Infermiere.

Si ricorda che tale dichiarazione dovrà essere sottoscritta in calce alla domanda di partecipazione alla mobilità.

Il Direttore Generale si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso in qualunque momento, qualora ricorrano motivi legittimi e particolari ragioni della A.S.L., senza che per i partecipanti insorga alcuna pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

II DIRETTORE SANITARIO

(Dr. Giorgio Sorrentino)



Alla ASL di Cagliari
U.O.C. Sviluppo organizzativo, Gestione e
Valutazione del personale Servizio Del Personale
Via Piero Della Francesca, 1
Loc. Su Planu – 09047 Selargius

Oggetto: domanda di partecipazione all'Avviso di Mobilità volontaria

Il sottoscritt _____, nat a _____ (Prov.____) il
_____, residente in _____, (CAP____), Via
_____, n.____ e domiciliat_ per la procedura in
oggetto in _____ (CAP____), Via
_____ n. ____ Tel. _____

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

CHIEDE

di essere ammess___ a partecipare alla Mobilità volontaria interna per la copertura di n° 24
posti nel profilo di Collaboratore Sanitario Professionale - Infermiere - da destinare al
Servizio/ Poliambulatorio di

1^ opzione _____

2^ opzione _____

A tal fine dichiara:

- di prestare servizio nel profilo di Coll. Sanit. Prof.le – Infermiere c/o la ASL di Cagliari, continuativamente ed a tempo indeterminato, a decorrere dal _____;
- di prestare servizio nel profilo di Coll. Sanit. Prof.le – Infermiere c/o l' Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, continuativamente ed a tempo indeterminato, a decorrere dal _____ e di essere attualmente in attesa

del perfezionamento della procedura di mobilità c/o ASL 8 a seguito di presentazione del previsto nulla osta;

- di svolgere la propria prestazione lavorativa presso _____
- di prestare/aver prestato servizio, con effettuazione di tre turni lavorativi/ ovvero due turni, come di seguito specificato:

attività su 2/3 turni	Periodo (dal xxxx..al xxxxxx)	C/o Reparto / Struttura del P.O.

- di non aver mai prestato servizio in regime di part time
- di aver prestato servizio in regime di part time dal _____
al _____ con prestazione lavorativa al _____;
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio _____;
- aver diritto di precedenza in graduatoria in quanto **attualmente** beneficiario della L.104/92 dal _____ al _____;
- 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;
- di allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corsi di validità.

Data, _____

firma _____

Si allegano:

curriculum formativo e professionale datato e firmato;

n.1 copia dell'elenco dei documenti e dei titoli presentati

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 DPR 445/2000)

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

D I C H I A R A

di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sotto elencati sono conformi agli originali di cui è in possesso o il cui originale è depositato presso le persone fisiche o giuridiche sotto elencate (indicare per ciascun documento i dati relativi alla persona fisica o giuridica che possiede gli originali)

Descrizione documento	indicazione possessore
1. _____	_____;
2. _____	_____;
3. _____	_____;
4. _____	_____;
5. _____	_____;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda U.S.L. n. 8, a seguito di controllo, verificchi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 10 della L.675/96 (tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) 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, _____

Firma del dichiarante*

- * la sottoscrizione deve essere effettuata in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento.
In alternativa, al fine della sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, il dichiarante DEVE allegare alla medesima dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.