



Oggetto: indizione procedura di mobilità interna per n. 2 posti di personale universitario equiparato alla Dirigenza, che presta attività assistenziale presso questa Amministrazione, da assegnare alla SSD Prevenzione e Protezione.

Il Direttore Generale  
Dott. Giorgio Sorrentino

Coadiuvato dal  
Direttore Amministrativo Dott. Vincenzo Serra  
Direttore Sanitario sostituto Dott.ssa Paola Racugno

**PREMESSO** che, al fine di garantire il corretto funzionamento della SSD Prevenzione e Protezione, occorre dotare la struttura stessa di n. 2 figure professionali da adibire a mansioni in materia di Sicurezza, Prevenzione e Protezione nei luoghi di lavoro;

**VISTA** la disposizione della Direzione Aziendale in ordine alla copertura dei posti in parola mediante l'istituto della mobilità interna;

**RITENUTO** pertanto di dover indire una procedura di mobilità interna per n. 2 posti di personale universitario equiparato alla Dirigenza, che presta attività assistenziale presso questa Amministrazione, da assegnare alla SSD Prevenzione e Protezione;

**DELIBERA**

Per i motivi esposti in premessa:

- di indire avviso di mobilità interna per n. 2 posti di personale universitario equiparato alla Dirigenza, che presta attività assistenziale presso questa Amministrazione, da assegnare alla SSD Prevenzione e Protezione;
- di approvare l'avviso di mobilità interna in argomento, allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;
- di disporre la pubblicazione del suddetto avviso sul sito internet aziendale al fine di darne la massima visibilità;
- di demandare al Servizio Amministrazione del Personale gli adempimenti amministrativi derivanti dall'adozione del presente atto.

Il Direttore Sanitario sostituto  
Dott.ssa Paola Racugno  
F.to

Il Direttore Amministrativo  
Dott. Vincenzo Serra  
F.to

Il Direttore Generale  
Dott. Giorgio Sorrentino F.to

Il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali

certifica che la deliberazione è stata pubblicata all'Albo pretorio on line dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari a partire dal 20.11.2019 e resterà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi ed è stata posta a disposizione per la consultazione.

Servizio Proponente: Servizio Amministrazione del Personale

Il Direttore: *Dott.ssa Maria Luisa Mastino*

F.to

**Avviso di mobilità interna per n. 2 posti di personale universitario equiparato alla Dirigenza da assegnare alla SSD Prevenzione e Protezione**

Si comunica che questa Azienda Ospedaliero Universitaria ha la necessità di reclutare n. 2 unità di personale universitario equiparato alla Dirigenza, che presta attività assistenziale presso questa Amministrazione, da assegnare alla SSD Prevenzione e Protezione.

Il personale interessato dovrà presentare istanza di mobilità (come da modello allegato), debitamente sottoscritta, allegando documenti e titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione positiva del curriculum di carriera e professionale, datato e firmato, da allegare obbligatoriamente alla domanda di partecipazione.

Tutti i documenti dovranno essere prodotti in originale o autocertificati nei casi previsti dalla normativa vigente.

In caso di accertamento di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. n. 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti.

Le domande devono essere presentate con Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo [dir.generale@pec.aoucagliari.it](mailto:dir.generale@pec.aoucagliari.it), avendo cura di allegare tutta la documentazione richiesta esclusivamente in formato pdf.

E' esclusa ogni altra forma di trasmissione.

Il termine per l'inoltro delle domande e dei documenti allegati, pena esclusione dalla selezione, è fissato entro il 10° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente avviso sul sito [www.aoucagliari.it](http://www.aoucagliari.it); qualora il predetto giorno fosse festivo, il termine sarà prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Le domande e i documenti allegati presentati saranno valutati dal Direttore Sanitario.

Per la formulazione della graduatoria di merito dei candidati ci si atterrà ai seguenti criteri di valutazione:

- anzianità di servizio
- titoli posseduti.

Per tutto quanto non espressamente indicato nel presente avviso si rimanda alla normativa vigente che disciplina l'istituto della mobilità interna.

Il Direttore Generale  
Dott. Giorgio Sorrentino

## FAC-SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Cagliari  
Via Ospedale, 54  
09124 CAGLIARI

\_\_1\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammess\_\_ a partecipare all'avviso di mobilità interna per l'assegnazione di n. 2 unità di personale universitario equiparato alla Dirigenza da assegnare alla SSD Prevenzione e Protezione.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n°445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

- di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;
  - di risiedere in \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ ;
  - di essere dipendente dell'Università degli Studi di Cagliari, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, e di prestare attività assistenziale presso la AOU Cagliari nella S.C. di \_\_\_\_\_ con sede presso il P.O. \_\_\_\_\_ ;
  - di essere inquadrato nel profilo professionale di \_\_\_\_\_, con contratto di lavoro a tempo pieno ovvero parziale per n° ore settimanali \_\_\_\_\_ ;
5. di autorizzare il trattamento dei dati personali ( d.lgs. 196/2003);
6. di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;
7. che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000, pertanto si allega copia di un documento valido di identità;

8. che ogni eventuale comunicazione relativa alla mobilità deve essere fatta al seguente indirizzo:

Dott. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune/Città

\_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Tel:

\_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Allega alla presente i seguenti titoli e documenti:

- 2) documenti e titoli utili alla formulazione della graduatoria;
- 3) curriculum formativo-professionale;
- 4) un elenco dei documenti e titoli presentati;
- 5) copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità ai fini della validità delle dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
**art. 47 del D.P.R. n° 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000,

**D I C H I A R A :**

di prestare o aver prestato servizio:

- Ente \_\_\_\_\_ (nome Ente e specificare se pubblico o privato) con sede in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (data inizio e fine rapporto di lavoro) in qualità di \_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro di dipendenza a tempo \_\_\_\_\_ (indicare se a tempo determinato o indeterminato) \_\_\_\_\_ per numero ore settimanali lavorative \_\_\_\_\_ (n. ore settimanali previste dal contratto individuale di lavoro) concluso per \_\_\_\_\_ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...)

**o** ricorrono/non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente)

di prestare o aver prestato servizio:

- Ente \_\_\_\_\_ (nome Ente e specificare se pubblico o privato) con sede in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (data inizio e fine rapporto di lavoro) in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro \_\_\_\_\_ (tipologia del rapporto di lavoro: es) co.co.co., co.co.pro., libero professionale); per numero ore settimanali lavorative \_\_\_\_\_ (n. ore settimanali previste dal contratto individuale di lavoro) concluso per \_\_\_\_\_ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...).

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del DPR 445/2000, 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 Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro.

**Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.**

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ l \_\_\_\_\_ dichiarante \_\_\_\_\_

**N.B.** Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ,  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,  
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

**D I C H I A R A :**

di essere in possesso della seguente qualifica professionale, titolo di specializzazione, di formazione, di  
aggiornamento e di qualificazione tecnica:

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di aver partecipato al congresso (corso, seminario, convegno ... ecc.) organizzato da

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ titolo  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, della durata  
di \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_, con esame finale / senza esame  
finale.

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del d.P.R. n. 445/2000, dichiara di essere a  
conoscenza dell'art. 75 del d.P.R. n. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al  
provvedimento emanato qualora l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifichi  
la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

**Ai sensi e per gli effetti del d.lgs. n. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali  
contenuti nella presente dichiarazione.**

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA  
artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,  
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

**DICHIARA**

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

dell'atto/documento

\_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ è  
conforme all'originale in possesso di  
\_\_\_\_\_ ;

dell'atto/documento

\_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ è  
conforme all'originale in possesso di  
\_\_\_\_\_ ;

dell'atto/documento

\_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ è  
conforme all'originale in possesso di  
\_\_\_\_\_ ;

dell'atto/documento

\_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ è  
conforme all'originale in possesso di  
\_\_\_\_\_ ;

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del DPR 445/2000, 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 Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 196/2003, dichiara di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ \_l\_ dichiarante \_\_\_\_\_

(Allegare obbligatoriamente alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità )

**N.B.** Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.