

**AVVISO DI MOBILITA' REGIONALE ED INTERREGIONALE PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 2 POSTI PER COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – OSTETRICA, CTG. D.-**

In esecuzione della deliberazione n. 19 del 25 gennaio 2011 viene indetto avviso pubblico di mobilità regionale ed interregionale ai sensi dell'art. 19 del vigente C.C.N.L. dell'area del comparto del SSN, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 posti di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – OSTETRICA, CTG. D.

**REQUISITI DI AMMISSIONE**

Possono partecipare tutti i dipendenti in servizio presso Aziende UU.SS.LL. e/o Aziende Ospedaliere a tempo indeterminato (che abbiano superato il periodo di prova), inquadrati come collaboratori professionali sanitari – ostetriche ctg. D.

**PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

Le domande di partecipazione, redatte su carta semplice secondo il modulo allegato, dovranno essere inoltrate all'Azienda U.S.L. n. 6 di Sanluri – Servizio Risorse Umane – Via Ungaretti, 9 – 09025 Sanluri (VS) tramite servizio postale a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento oppure presentate direttamente all'Ufficio del Protocollo dell'Azienda – Via Ungaretti, 9 – Sanluri, dalle ore 11,00 alle ore 13,00, tutti i giorni feriali escluso il sabato, entro il 15° giorno successivo alla pubblicazione dell'estratto del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Qualora il termine ultimo di presentazione della domanda cada di giorno festivo, lo stesso è prorogato al giorno successivo non festivo.

Non si terrà conto delle domande, dei documenti e dei titoli giunti dopo la scadenza (a tal fine farà fede il timbro con la data dell'ufficio postale accettante). Non si terrà conto, altresì, delle domande, dei documenti e dei titoli pervenuti prima della pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale.

Coloro che avessero già presentato domanda di trasferimento anteriormente alla data del presente avviso dovranno presentare una nuova domanda entro i termini sopra indicati.

Gli aspiranti dovranno altresì indicare il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni comunicazione inerente il presente avviso.

I candidati hanno l'obbligo di comunicare gli eventuali cambiamenti di indirizzo all'Azienda USL 6, la quale non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità presso l'indirizzo indicato.

La domanda deve recare in calce la firma manoscritta del candidato. La mancata sottoscrizione della domanda comporta l'esclusione dall'avviso.

Ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000 non è richiesta l'autenticazione della firma.

Alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità gli aspiranti devono allegare:

- certificati, in originale o copia autentica, ovvero dichiarazioni sostitutive complete (ai sensi del DPR 445/00 in ogni loro parte, relativi ai servizi prestati;

- tutti gli eventuali documenti ritenuti utili ai fini della valutazione, mediante produzione degli originali, di copie autenticate o di dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atto di notorietà ai sensi del DPR 445/00;
- curriculum formativo e professionale redatto su carta libera, datato e firmato sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio.
- copia non autenticata di valido documento di identità.

La presentazione della domanda di partecipazione implica la totale conoscenza del presente avviso e ne comporta la piena ed incondizionata accettazione.

#### MODALITA' DI ESPLETAMENTO

Apposita Commissione, nominata dal Direttore Generale, procederà ad una prima valutazione delle domande e dei curricula degli istanti verificando il possesso dei titoli professionali, scientifici e di studio.

I candidati il cui curriculum sia valutato positivamente saranno convocati per l'espletamento di un colloquio volto alla valutazione delle capacità professionali acquisite con riferimento alle esperienze specifiche ed al conseguimento degli obiettivi correlati all'impegno di servizio; particolare attenzione andrà posta al grado di motivazione personale, iniziativa e predisposizione al lavoro di gruppo.

#### NORME FINALI

Il presente avviso non vincola la ASL n. 6 che attuerà la mobilità secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale.

L'Azienda si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, modificare oppure revocare il presente avviso senza che per i concorrenti insorga alcuna pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

Il bando, completo di schema di domanda, di modelli di autocertificazione e di dichiarazione sostitutiva di atto notorio verrà pubblicato nel sito aziendale [www.aslsanluri.it](http://www.aslsanluri.it).

Per informazioni i partecipanti potranno rivolgersi al Servizio Risorse Umane – Via Ungaretti, 9 – 09025 Sanluri – tel. 070/9384331 – 332.

Il Commissario  
F.to Dr. Giuseppe Ottaviani

fac -simile domanda per mobilità

Al Commissario  
dell'Azienda U.S.L. n. 6  
Via Ungaretti, n°9  
09025 SANLURI

....I... sottoscritt... ..... nat... a .....7..... (prov. ....)  
il ..... residente in .....(cap .....) Via/Piazza  
..... n. .... e domiciliat... per la procedura concorsuale in  
..... (cap.....) Via/Piazza ..... n° ..... tel  
.....

**CHIEDE**

di essere ammess.... a partecipare alla mobilità pre concorsuale, tra Aziende ed Enti del comparto regionali ed interregionali e altre pubbliche amministrazioni, indetta per n. 2 posti di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – OSTETRICA, CTG. D.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del citato DPR, sotto la propria responsabilità dichiara:

- Di essere cittadin.....italian....., ovvero .....
- Di essere iscritt... nelle liste elettorali del Comune di ..... ovvero .....
- Di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali pendenti (in caso contrario specificare);
- Di trovarsi rispetto agli obblighi sul reclutamento militare nella seguente posizione.....;
- Di essere in possesso del diploma di ..... conseguito presso ..... nell'anno accademico .....
- Di essere stato assunto in data ..... con la seguente modalità ..... e di aver superato il periodo di prova
- Di prestare servizio in qualità di ..... presso il servizio territoriale/reparto ospedaliero di ..... dell'Azienda Sanitaria/Ospedaliera di ..... Via/Piazza ..... – CAP ..... Comune di .....

- Di prestare servizio con rapporto di lavoro tempo pieno ovvero a tempo parziale di tipo ..... con impegno orario settimanale ..... A far data dal .....
- Di fruire dei benefici di cui all'art. 33 della Legge 104/1992 e successive modificazioni ed integrazioni (indicare per chi .....
- Di fruire dei benefici di cui all'art. 79 del D. Lgs. 267/2000 (indicare la tipologia) .....
- Di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego
- Di essermi assentato dal servizio per malattia nell'ultimo triennio per complessivi giorni .....
- Di non essere stat... destituit..., dispensat..., o dichiarat... decadut... dall'impiego presso pubbliche amministrazioni ovvero (specificare) .....
- Di accordare, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n° 196/2003, 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 accettare incondizionatamente le norme indicate nel bando di mobilità

Le comunicazioni relative alla mobilità in oggetto dovranno essere inviate al domicilio sopra indicato.

Il/La sottoscritt... si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

Data .....

Firma .....

FAC-SIMILE

## CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(ai sensi art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

.....I.. sottoscritt..... nat..... a  
..... il ..... consapevole, ai sensi di  
quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, delle sanzioni penali cui può andare  
incontro in caso di dichiarazioni mendaci

#### DICHIARA

(la dichiarazione dovrà essere formulata secondo il modello sotto indicato)

##### - ISTRUZIONE

titoli accademici e di studio conseguiti (specializzazioni, master, altra laurea etc.)

##### - ESPERIENZA LAVORATIVA

Qualifica ..... indicare se dipendente/  
co.co.co/co.co.pro/libero professionista .....  
la tipologia dell'Ente (se pubblico o privato)  
..... U.O. o servizio di appartenenza  
..... impegno orario settimanale .....  
periodo di servizio dal ..... al .....

##### - FORMAZIONE

Partecipazione a corsi, convegni, congressi etc. (dovranno essere indicati con esattezza il titolo dell'evento formativo, l'ente promotore, la durata dell'evento, se con esame finale e il numero dei crediti)

.....I... sottoscritt..... dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati qualora l'Azienda U.S.L. n. 6, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

.....I.... sottoscritt....., ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96 e dell'art. 13 del D. Lgs. N° 196/2003 (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.

Data .....

.....

(firma del dichiarante)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196:

i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

FAC-SIMILE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 D.P.R. 445/2000)

.....I.. sottoscritt..... nat..... a  
..... il ..... consapevole, ai sensi di quanto  
disposto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di  
dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

Di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sottoelencati e allegati alla  
domanda di mobilità 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
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

.....I... sottoscritt..... dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo  
alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati qualora l'Azienda  
U.S.L. n. 6, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

.....I.... sottoscritt....., ai sensi dell'art. 10 della Legge 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.

Data .....

.....

(firma del dichiarante)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 , la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in  
presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non  
autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un  
incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196:  
i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono  
richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

