



Servizio Sanitario – Regione Sardegna

Azienda Unità Sanitaria Locale n. 6 Sanluri

AVVISO DI MOBILITA'

In esecuzione della deliberazione n° 223 del 15/05/2007 l'Azienda Sanitaria Locale n° 6 di Sanluri intende ricoprire, mediante mobilità volontaria **N. 1 POSTO DI COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE CTG. D**

Possono presentare domanda di mobilità i collaboratori amministrativi professionali che sono attualmente dipendenti a tempo indeterminato presso altre Aziende Sanitarie/Ospedaliere o Pubbliche Amministrazioni regionali o interregionali.

Le domande di partecipazione, redatte su carta semplice, dovranno essere inoltrate all'Azienda U.S.L. n. 6 di Sanluri – Servizio del Personale – Via Ungaretti, 9 – 09025 Sanluri (CA) 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 del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Per le domande spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento farà fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante.

Gli aspiranti devono allegare alla domanda un curriculum professionale redatto su carta libera, datato e firmato ed un certificato di servizio.

I dati personali dei candidati, nell'ambito delle finalità sopra esposte, saranno trasmessi alla Direzione Generale dell'Azienda ed al Servizio del Personale tutti coinvolti nel procedimento.

I trattamenti dei dati saranno effettuati anche con l'ausilio di mezzi elettronici ed automatizzati e, comunque, mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza.

Il presente avviso completo di schema di domanda, di modelli autocertificazione e di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, potrà essere consultato anche nel sito aziendale www.asl6sanluri.it. Per informazioni i partecipanti potranno rivolgersi al Servizio del Personale – Via Ungaretti, 9 – 09025 Sanluri – tel. 070/9384331 – 321.

L'Azienda si riserva la facoltà per giustificati motivi, di prorogare, sospendere, revocare o modificare in tutto o in parte il presente Avviso.

Il Direttore Generale

Dr.ssa Savina Ortu

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

...l... sottoscritt... nat... a7..... (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 regionale ed interregionale indetta per n. 1
posto di **COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE CTG. D.**

A tal fine, 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 titolo di studio di conseguito presso nell'anno accademico/scolastico
- Di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;
- Di non essere stat... destituit..., dispensat..., o dichiarat... decadut... dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, ovvero (specificare)
- Di prestare servizio con contratto di lavoro a tempo indeterminato in qualità di collaboratore amministrativo professionale presso l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera - Amministrazione Pubblica di.....Via/Piazza - CAP Comune di

Di accordare, ai sensi dell'articolo 10 della Legge 675/96, 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.

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)

Si allegano: - curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- certificato di servizio

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

...l. 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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

...l... 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.

...l.... 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.

Fac simile

AUTOCERTIFICAZIONE
(Art. 46 D. P. R. n° 445 del 28 dicembre 2000)

__ I __ sottoscritt __ _____ , nat ____
a _____ (____) il _____ e residente a
_____ (____) in Via/Piazza _____
n° __ , consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

Dichiaro di essere informat__, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

li, _____

Il Dichiarante
