



**AVVISO DI MOBILITA'**

In esecuzione della deliberazione n° 50 del 14/02/2008 l'Azienda Sanitaria Locale n° 6 di Sanluri intende ricoprire, mediante mobilità volontaria **N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DI PATOLOGIA CLINICA – DA ASSEGNARE AL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SAN GAVINO MONREALE .**

Possono presentare domanda di mobilità i dirigenti medici che sono attualmente dipendenti a tempo indeterminato nella disciplina di patologia clinica o in disciplina equipollente in servizio presso altre Aziende Sanitarie o altre Amministrazioni Pubbliche 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.aslsanluri.it](http://www.aslsanluri.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

fac -simile domanda

Al Direttore Generale  
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 regionale ed interregionale indetta per n. 1 posto di  
**DIRIGENTE MEDICO DI PATOLOGIA CLINICA DA ASSEGNARE AL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SAN GAVINO MONREALE.**

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 diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di ..... nell'anno accademico .....
- Di essere in possesso della specializzazione in .....
- 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 dirigente medico – nella disciplina di ..... presso il reparto/servizio ..... Azienda Sanitaria/Ospedaliera 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  
DICHARA

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

\_\_\_\_\_