



AVVISO DI MOBILITA'

In esecuzione della deliberazione n° 369 del 17 luglio 2008 l'Azienda Sanitaria Locale n°6 di Sanluri intende ricoprire, mediante mobilità volontaria **N. 1 POSTO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO LOGOPEDISTA CTG. D DA ASSEGNARE ALL'U.O. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DEL DISTRETTO SANITARIO DI SANLURI**.

Possono presentare domanda di mobilità i logopedisti che sono attualmente dipendenti a tempo indeterminato nella suddetta posizione funzionale 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 risorse Umane 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.

I candidati che presenteranno domanda di mobilità sono convocati per il primo mercoledì non festivo successivo alla scadenza del termine per la presentazione delle domande, alle ore 10,30, presso la Sede Amministrativa dell'Azienda – Via Ungaretti, 9 – Sanluri, per l'espletamento di un colloquio finalizzato alla procedura di mobilità.

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.

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

...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 PROFESSIONALE SANITARIO - LOGOPEDISTA ctg.. D DA ASSEGNARE ALL'U.O. DI NEUROPSICHIATRIA
INFANTILE DEL DISTRETTO SANITARIO DI SANLURI.**

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 triennale inconseguito presso l'Università di nell'anno accademico ovvero.....
- ;
- 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 professionale sanitario – Logopedista ctg. D.....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 e certificato di servizio.

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, verifichi 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.

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
