

AVVISO DI MOBILITA' INTRA - OSPEDALIERA
(Decorrenza 12/02/2014 - Scadenza 28/02/2014)

In attuazione degli Accordi vigenti sottoscritti tra l'Amministrazione dell'ASL2 Savonese , la RSU e le OO.SS. del personale del Comparto, è bandita mobilità interna per ciascun Ospedale dell'Azienda riservata al personale dei seguenti profili :

- Collaboratore professionale sanitario –Infermiere
- Collaboratore professionale sanitario –Tecnico di Laboratorio
- Collaboratore professionale sanitario – Tecnico di Radiologia
- Collaboratore professionale sanitario – Fisioterapista
- OSS / OTA
- Operatore Tecnico - Barelliere
- Ausiliario

1. REQUISITI DI AMMISSIONE

Servizio , a tempo indeterminato , da almeno tre anni nella struttura di appartenenza.

2. DOMANDA DI AMMISSIONE

- a) La domanda di partecipazione alla mobilità deve essere redatta in carta semplice , utilizzando esclusivamente l'allegato modello (**MODU 101 Rev. 1 del 10/12/2013**) , debitamente firmata , indirizzata alla S.C. Pianificazione e Coordinamento Professioni Sanitarie e di Assistente Sociale e consegnata secondo le modalità e termini di cui al successivo punto 4.
- b) **Determina la non ammissione alla procedura di mobilità :**
- la omessa sottoscrizione della domanda
 - la carenza del requisito di ammissione

3. DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda di partecipazione alla mobilità , i dipendenti devono allegare :

- la certificazione comprovante i requisiti di ammissione , pena l'esclusione;
- curriculum formativo e professionale datato , firmato e autocertificato comprendente i titoli ritenuti opportuni agli effetti della valutazione di merito ;
- fotocopia di documento di identità o di riconoscimento in corso di validità;
- dichiarazione se beneficiario di L.104/92 per sé stesso

I titoli devono essere prodotti **con dichiarazioni sostitutive di certificazione e/o dell'atto di notorietà**. Per comodità si inoltra lo schema (Mod. A) che può essere utilizzato come traccia.

4. MODALITA' E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda deve essere indirizzata al Direttore della S.C. Pianificazione e Coordinamento Professioni Sanitarie e di Assistente Sociale e protocollata entro il termine perentorio del 28/02/2014 - ore 12.00 .

5. VALIDITA' DELLA PROCEDURA

La presente procedura ha validità annuale dal 01/03/2014 e quindi sino al 28/02/2015 , salvo eventuali proroghe.

Nel periodo di validità la valutazione comparata delle domande e dei curricula presentati verrà effettuata esclusivamente per coprire i posti che si renderanno disponibili.

Ogni domanda prodotta antecedentemente alla pubblicazione del presente avviso è priva di effetto .

Il Direttore
S.C. Pianificazione e Coordinamento
Professioni sanitarie e Assistenti Sociali
(*Dott.ssa Maria Enrica Auteri*)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E/O DELL'ATTO DI NOTORIETA' MOD. A

Il sottoscritt Sig. _____ nat a _____ il _____ residente in _____, consapevole secondo quanto prescritto dall'art. 76 D.P.R. n° 445/2000 e s.m.i., della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

Esemplificazioni:

- di avere conseguito la laurea in _____ presso _____ in data _____;
- di avere conseguito il diploma in _____ presso _____ in data _____;
- di essere iscritt ___ all'Albo Professionale della _____ dal _____ n° di iscrizione: _____;

- **di avere prestato servizio** presso l'ASL 2 Savonese
_____ dal _____ al _____ categoria _____
profilo professionale _____ part-time * no * si percentuale _____%;
_____ dal _____ al _____ categoria _____
profilo professionale _____ part-time * no * si percentuale _____%;

- **di avere partecipato al corso di aggiornamento** ad oggetto: _____
organizzato da _____ tenutosi in _____ nei giorni _____
_____ con un impegno orario di complessive ore _____ con superamento di
esame finale _____ ECM _____;
(indicare sì o no) (indicare sì o no)

- **di avere effettuato attività didattica** in _____ nell'ambito del corso
_____ presso (es. Università-ASL-altro Ente ecc...) _____ ore effettive di
lezione n° _____ nei giorni _____;
- che le fotocopie dei titoli allegati alla domanda, e di seguito elencati, sono conformi all'originale (è **necessario elencare** i documenti dei quali si intende dichiarare la conformità all'originale):
1) _____
2) _____
3) _____

IL DICHIARANTE

_____, _____

* barrare la voce che interessa precisando, in caso affermativo, la percentuale

N.B.: allegare copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.

	<p>S.C. Pianificazione e Coordinamento delle Professioni Sanitarie e di Assistente Sociale <i>Direttore : D.ssa M.E. Auteri</i></p> <p>DOMANDA DI NUOVA ASSEGNAZIONE ALL'INTERNO DELL'OSPEDALE</p>	<p>MODU 101 Rev. 1 del 10/12/2013 Sistema Gestione Qualità</p>
---	---	---

Alla S.C. Pianificazione e Coordinamento
Professioni Sanitarie e Assistente Sociale
Direttore: Dott.ssa M.E. Auteri

OGGETTO : domanda di nuova assegnazione all'interno dell'Ospedale

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____

profilo professionale _____

dipendente della ASL 2 Savonese dal _____

n° matricola _____

in servizio dal _____ presso la Struttura _____

dell'Ospedale : di Albenga di P.Ligure di Savona di Cairo

part time : no si percentuale _____%

Esprime le seguenti preferenze (max due):

1) _____

2) _____

Data _____

Firma _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione atto di notorietà : quanto sopra essendo consapevole di quanto previsto dall'art.76 D.P.R. n° 445/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi .