ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Olbia

AVVISO DI MOBILITA' INTERNA
PER L'ASSEGNAZIONE DI PERSONALE AMMINISTRATIVO
PRESSO IL DISTRETTO DI OLBIA

Si rende noto agli interessati che è disposto un avviso di mobilità interna, riservata al personale a tempo indeterminato del ruolo Amministrativo della ASSL di Olbia, da assegnare ai seguenti Uffici distrettuali:

DENOMINAZIONE	PROFILO PREFERENZIALE RICHIESTO
Distretto di Olbia – Ufficio Cup/Ticket	**a) Coadiutore Amministrativo – cat. B** **b) Assistente Amministrativo – cat. C**
Distretto di Olbia – Ufficio Assistenza Protesica	**a) Assistente Amministrativo – cat. C**
Distretto di Olbia – Ufficio Assistenza Integrata	**a) Assistente Amministrativo – cat. C**

1. REQUISITI:

Possono partecipare, al presente avviso interno, i dipendenti a tempo indeterminato del ruolo Amministrativo in servizio presso la ASSL di Olbia inquadrati nei profili sopra indicati.

2. MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE DI PARTECIPAZIONE:

I dipendenti interessati devono inoltrare entro e non oltre il 7° giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito di questa ASSL, sezione "concorsi e selezioni":

a) domanda debitamente sottoscritta (mediante la compilazione dell'allegato schema);
b) dettagliato curriculum formativo e professionale;
c) documento di riconoscimento in corso di validità.

La domanda e la documentazione ad essa allegata saranno ammesse esclusivamente secondo le seguenti modalità:

- la consegna diretta all'Ufficio Protocollo Generale dell' ASSL di Olbia, sito in via Bazzoni-Sircana n.2/2A – Olbia, negli orari di apertura dello stesso (dal Lunedì al Venerdì: 9.00 – 12.30; il Lunedì e Giovedì anche dalle 15.30 alle 17.00);

- la trasmissione tramite il servizio pubblico postale, esclusivamente a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento da indirizzare alla ASSL di Olbia, via Bazzoni-Sircana n.2/2A – 07026 Olbia. La busta chiusa che contiene la domanda dovrà recare, al suo esterno, apposita dicitura "**Domanda di mobilità interna per Coadiutore/Assistente Amministrativo.**

- invio all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata: dir.asslolbia@pec.atssardegna.it

Per le domande consegnate direttamente all'Ufficio Protocollo dell' Area Socio Sanitaria farà fede il timbro apposto dall'ufficio stesso.

Le domande presentate a mezzo posta, inviate entro il termine di cui sopra, verranno prese in considerazione solo se perverranno all'ufficio protocollo di questa ASSL entro il quinto (5°) giorno successivo alla data di scadenza del termine di cui sopra. A tal fine farà fede il timbro apposto dall'Ufficio protocollo. Per quanto attiene la spedizione, verrà effettuata comunque la verifica del timbro apposto dall'Ufficio postale.

Per le domande presentate tramite PEC fa fede la data di invio. Le comunicazioni pervenute all'indirizzo P.E.C. della ASSL di Olbia saranno opportunamente acquisite e trattate esclusivamente se provenienti da indirizzi di posta elettronica certificata. Eventuali comunicazioni provenienti da caselle di posta non certificate non saranno acquisite.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è **perentorio**. Il mancato rispetto dei termini sopra descritti determina l'esclusione dalla procedura di che trattasi.

Qualora il termine fissato per la presentazione delle domande ricada in giorno festivo, la scadenza è prorogata al primo giorno successivo non festivo.

L'amministrazione declina fin da ora ogni responsabilità per il mancato recapito di domande, comunicazioni e documenti dipendenti da eventuali disguidi postali, da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, nonché da altri fatti non imputabili a colpa dell'amministrazione. La domande devono essere complete della documentazione richiesta. Scaduto il termine di presentazione delle domande, non è possibile alcuna integrazione.

L'eventuale riserva di invio successivo di documenti o titoli è priva di effetti, e i documenti o i titoli, inviati successivamente alla scadenza del termine per la presentazione delle domande, non saranno presi in considerazione.

La domanda deve essere datata e sottoscritta, **pena l'esclusione** dalla procedura. La sottoscrizione non necessita di autentica.
La presentazione della domanda di partecipazione comporta l'accettazione, senza riserva, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando e di tutte le norme in esso richiamate.

3. ASSEGNAZIONE DEL PERSONALE:

A seguito di valutazione comparata dei curricula e verifica della compatibilità con il fabbisogno di personale dell'intera ASSL, il Direttore dell'Area Socio Sanitaria di Olbia, in collaborazione con il Direttore del Servizio Amministrazione del Personale e il Dirigente Amministrativo del Distretto di Olbia, nel rispetto delle disposizioni normative, regolamentari e contrattuale in materia, con apposito Provvedimento, disporrà l'assegnazione del personale interessato.

4. MODIFICA, SOSPENSIONE, E REVOCA DELL'AVVISO DI MOBILITA'

La ASSL di Olbia si riserva la facoltà di modificare, sospendere o revocare, in tutto o in parte, il presente avviso di mobilità, riaprire o prorogare i termini di presentazione delle domande, a suo insindacabile giudizio ed in qualsiasi momento, senza che gli aspiranti possano sollevare eccezioni, diritti o pretese di sorta.

5. NORME FINALI

Per quanto non espressamente previsto si rinvia alle disposizioni vigenti in materia.

Il presente avviso è consultabile sul sito internet dell'Area Socio Sanitaria Locale di Olbia – www.aslolbia.it – alla sezione "Concorsi e selezioni".
Per eventuali informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi al Servizio Amministrazione del Personale della ASSL di Olbia sito in via Bazzoni Sircana -2/2° - Olbia, dal Lunedì al venerdì dalle ore 11.00 alle 13.00 ai seguenti numeri telefonici: 0789/552.042 - 552.044.

IL DIRETTORE DELL'ASSL DI OLBIA
Dott. Pier Paolo Pani

Data di pubblicazione sul sito della ASSL alla sezione "concorsi e selezioni" il: 10/04/2017

Scadenza presentazione delle domande il: 17/04/2017

FAC SIMILE DI DOMANDA

Al Direttore
Area Socio Sanitaria Locale di Olbia
Via Bazzoni Sircana 2 – 2A
07026 OLBIA

Il/ la sottoscritto/a_____nato a _____, il _____, residente a _____, in via_____ n. _____, dipendente di ruolo dell' Azienda per la Tutela della Salute - Area Socio Sanitaria Locale di Olbia, in qualità di _____ cat. _____, in servizio presso il _____ sede di _____ dal_____,

CHIEDE

di partecipare all'avviso di mobilità interna, riservata al personale a tempo indeterminato del ruolo Amministrativo della ASSL di Olbia, da assegnare ai seguenti Uffici distrettuali:

- Distretto di Olbia – Ufficio Cup/Ticket ☐ *[barrare la casella se interessa]*
- Distretto di Olbia – Ufficio Assistenza Protesica ☐ *[barrare la casella se interessa]*
- Distretto di Olbia – Ufficio Assistenza Integrata ☐ *[barrare la casella se interessa]*

A tal fine, allega alla presente, i seguenti titoli e documenti:

- Curriculum Formativo-Professionale datato e firmato;
- Copia non autenticata di idoneo documento di identità (fronte e retro) in corso di validità.

Data e luogo_____ Firma_____