

SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE

Avviso di mobilità interna ordinaria, per complessivi n.117 posti nel profilo di professionista di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere cat. D, da assegnare alle seguenti UU. OO / Servizi aziendali:

SEDE OLBIA	
U.O./SERVIZIO	POSTI DISPONIBILI
118	1
ADI	6
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4
BLOCCO OPERATORIO	4
CHIRURGIA	2
DIALISI	6
MEDICINA INTERNA	11
NIDO	1
ONCOLOGIA	3
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5
PEDIATRIA	5
PRONTO SOCCORSO	7
RADIOLOGIA	1
SER.D	1
SPDC	6
UTIC	9

SEDE TEMPIO	
U.O./SERVIZIO	POSTI DISPONIBILI
ANESTESIOLOGIA	1
BLOCCO OPERATORIO	3
CASA CIRCONDARIALE	4
CENTRO TRASFUSIONALE	1
CHIRURGIA	1
DIALISI	1
MEDICINA INTERNA	9
NIDO	1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1
OTORINO	4
PRONTO SOCCORSO	5

SEDE LA MADDALENA	
U.O./SERVIZIO	POSTI DISPONIBILI
MEDICINA	3
PRONTO SOCCORSO	2

IL DIPENDENTE INTERESSATO ALLA MOBILITA' PUÒ INDICARE DUE SOLE SEDI DI PREFERENZA.

1. REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

- 1) Essere dipendenti a tempo indeterminato dell' Azienda Sanitaria Locale n°2 di Olbia;
- 2) Essere inquadrati nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, cat. D;
- 3) Avere superato il periodo di prova;
- 4) Non avere ottenuto un trasferimento a domanda, nei due anni precedenti la data di pubblicazione dell' avviso;

Tutti i requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente avviso.

La carenza di uno solo dei requisiti di cui sopra comporterà la non ammissione alla procedura in oggetto.

Il possesso dei requisiti deve essere documentato solo ed esclusivamente mediante autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000.

2. DOMANDE DI AMMISSIONE

I dipendenti interessati dovranno presentare:

1. domanda di mobilità interna, debitamente sottoscritta (mediante la compilazione dell'allegato schema), inserendo i seguenti dati:

- a. Nome, Cognome, Luogo e Data di nascita.
- b. Residenza.
- c. Il possesso dei requisiti di partecipazione di cui all' art.1.
- d. La sede e l'Unità Operativa/Servizio dove attualmente presta servizio.
- e. La sede e l'Unità Operativa/Servizio per la quale intende concorrere (massimo due sedi di preferenza).
- f. L'eventuale appartenenza alle categorie di cui agli artt. 21 e 33 della L. 5 febbraio 1992 n. 104.
- g. L'eventuale possesso delle condizioni indicate negli artt. 14 e 15 del CCNL integrativo del CCNL 7 aprile 1999.
- h. La propria situazione familiare (coniugato/a – separato/a – n. figli a carico – n. familiari con handicap – ecc.);
- i. il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione. In ogni caso di mancata indicazione vale la residenza indicata alla lettera b).

2. un curriculum formativo e professionale, autocertificato ai sensi del DPR 445/2000;

3. una fotocopia (fronte e retro) di un valido documento di identità o documento equipollente ai sensi del D.P.R. 445/2000 per la validità dell'istanza di partecipazione e del curriculum formativo e professionale (solo se autocertificato nei modi e termini di legge). La mancata presentazione di un valido documento di riconoscimento comporterà l'esclusione dalla presente procedura concorsuale, senza alcuna possibilità di regolarizzazione.

3. MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AMMISSIONE

Sono ammesse esclusivamente le seguenti modalità di presentazione delle domande:

- consegna diretta all'Ufficio protocollo dell'Azienda, sito in via Bazzoni Sircana 2-2a Olbia (dalle ore 09,00 alle ore 12,30 tutti i giorni - il lunedì e il giovedì anche di pomeriggio dalle 15,30 alle 17,00);
- trasmissione tramite il servizio pubblico postale, esclusivamente a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento;

- Invio all'indirizzo di posta elettronica certificata protocollo@pec.asllobia.it

Il termine di presentazione delle domande **scade il 5° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul sito internet aziendale www.asllobia.it, alla voce "concorsi e selezioni"**.

Non saranno prese in considerazione le domande inviate prima della pubblicazione del bando secondo la modalità sopra indicata.

Per le domande consegnate direttamente all'Ufficio Protocollo dell'azienda 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 azienda entro il quinto giorno successivo alla data di scadenza del termine di cui al presente periodo. A tal fine farà fede il timbro apposto dall'Ufficio protocollo aziendale. 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. dell'Azienda 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.

La busta chiusa che contiene la domanda dovrà recare, al suo esterno, apposita dicitura **"Domanda di mobilità interna, di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, cat. D"**.

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.

4. COMMISSIONE GIUDICATRICE:

La Commissione Giudicatrice, sarà così composta:

- PRESIDENTE: Dirigente del Servizio di Assistenza Infermieristica, Ostetrica e delle Professioni Tecnico Sanitarie.
- COMPONENTE: Collaboratore Professionale Sanitario Esperto (ex Caposala);
- COMPONENTE: Collaboratore Professionale Sanitario Esperto (ex Caposala);
- SEGRETARIO: Dipendente amministrativo di categoria non inferiore alla C.

La Commissione giudicatrice provvederà alla valutazione positiva e comparata dei curricula in relazione al posto da ricoprire oltre ad una adeguata valorizzazione degli elementi inerenti alla situazione familiare e di residenza.

Coloro che rientrano nella previsione degli artt. 21 e 33 della L. 5 febbraio 1992 n. 104, nonché coloro che si trovano nelle condizioni indicate negli artt. 14 e 15 del CCNL integrativo del CCNL 7 aprile 1999 hanno priorità assoluta nell'ottenimento della mobilità a domanda.

5. AMMISSIONE/ESCLUSIONE DEI CANDIDATI

L'ammissione/esclusione, dalla procedura di mobilità dei candidati, è disposta con Provvedimento del Direttore Generale. L'esclusione è da comunicare agli interessati entro trenta giorni dalla esecutività della relativa decisione.

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

L'azienda 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.

7. NORME FINALI

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

Il presente avviso è consultabile sul sito internet aziendale www.aslolia.it, alla voce "concorsi e selezioni"

Per eventuali informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi al Servizio Amministrazione del Personale della ASL n. 2 sito in via Bazzoni Sircana 2 – 2A - Olbia dal Lunedì al Venerdì dalle ore 11,00 alle ore 13,00 ai seguenti numeri telefonici 0789 – 552044-552042-552390-552311.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giovanni Antonio Fadda

Publicato sul sito internet aziendale il: _____

Scadenza presentazione domande il: _____

FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale n° 2
Via Bazzoni Sircana 2 – 2A
07026 OLBIA

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di mobilità interna ordinaria per complessivi n.117 posti di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, cat. D, presso:

1. L'U.O./Servizio _____, Sede _____.

2. L'U.O./Servizio _____, Sede _____.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA:

1. di essere nato/a a _____ il _____;

2. di risiedere nel comune di _____ Prov. di _____ CAP _____
via _____;

3. di essere/non essere dipendente a tempo indeterminato dell' Azienda Sanitaria Locale n°2 di Olbia;

4. di essere/non essere inquadrato/a nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, cat. D a tempo pieno/parziale;

5. di avere/non avere superato il periodo di prova;

6. di avere/non avere ottenuto un trasferimento a domanda, nei due anni precedenti la data di pubblicazione dell' avviso;

7. di essere attualmente assegnato/a all' U.O./Servizio _____;

8. di rientrare/non rientrare nelle condizioni di cui agli artt. 21 e 33 della L. 5 febbraio 1992 n. 104.

9. di rientrare/non rientrare nelle condizioni di cui agli artt. 14 e 15 del CCNL integrativo del CCNL 7 aprile 1999;

10. di trovarsi nella seguente situazione familiare (coniugato/a – separato/a – n. figli a carico – n. familiari con handicap – ecc.):

_____;

11. di accettare tutte le condizioni previste da presente avviso interno;

12. che l'indirizzo al quale deve essere fatta pervenire qualsiasi comunicazione relativa al presente avviso è il seguente: _____.

Luogo, data _____

Firma per esteso del dichiarante _____

(Allegare copia fotostatica di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità ex art. 38 D.P.R. 445/2000).