

**AVVISO DI MOBILITÀ' VOLONTARIA INTERNA
PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA PUGLESE CIACCIO DI CATANZARO, PER LA
COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO
DI COMPLESSIVI N. 11 (UNDICI) POSTI DI PERSONALE DEL COMPARTO SANITÀ.**

E' indetto, ai sensi dell' art. 18 del CCNL integrativo Personale Comparto Sanità e l'art. 3 CCNL del 31/07/09, avviso di mobilità interna, presso l'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio di Catanzaro tramite valutazione curriculare, riservato al personale del Comparto, in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, pieno ed esclusivo, per i posti di seguito evidenziati:

11 (undici) posti di Collaboratore Amministrativo (Cat.D) o Assistente Amministrativo (cat. C) da assegnare ai :

3 posti presso **SOC Acquisizione Beni e Servizi**

1 posto presso **Direzione Amministrativa**

4 posti presso **Ufficio Amministrativo di Presidio Ticket**

5 posti presso **SOC Risorse Umane e Formazione (di cui 1 per la formazione)**

3 posti presso **SOC Risorse Economiche e Finanziarie**

1 posto presso **Direzione Generale**

In conformità a quanto previsto dall'art. 7, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001 e *ss.mm.ii.* è garantita parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e al trattamento sul lavoro.

Art. 1

Requisiti per l'ammissione

1. essere dipendente del Personale del Comparto Sanità in qualità di **Collaboratore Amministrativo o Assistente amministrativo;**

2. avere superato il periodo di prova;

3. appartenere alla stessa categoria del posto oggetto della procedura di mobilità

Tutti i requisiti di cui sopra devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente avviso per la presentazione delle domande di partecipazione ed essere dichiarati nelle stesse domande, a pena di esclusione.

Si rammenta che l'Azienda è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi del DPR n. 445/2000 e *ss.mm.ii.* e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non veritiera, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Art. 2

Domanda di ammissione e presentazione

Per essere ammessi al presente avviso i candidati, secondo lo schema esemplificativo allegato al presente bando (**allegato A**), dovranno far pervenire, a pena di esclusione, domanda diretta al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio, secondo una delle seguenti modalità:

a) presentata direttamente all'Ufficio Protocollo Aziendale;

b) a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio - Via Vinicio Cortese, 25 88100

La busta dovrà recare la dicitura “ DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO DI MOBILITÀ INTERNA PER N. ___ POSTO DI _____ PRESSO_____

Le domande devono pervenire, a pena di esclusione, entro il 10° (decimo) giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito dell’Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio nella sezione “Concorsi”.

Qualora detto giorno sia festivo ovvero cada di sabato il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Le domande si considerano prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro a data dell’Ufficio postale accettante.

Alla domanda di partecipazione all’avviso di mobilità i candidati dovranno allegare:

- titolo di studio in originale ovvero copia fotostatica accompagnata dalla relativa dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la conformità all’originale,
- copia fotostatica fronte retro documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità;
- curriculum formativo e professionale redatto su carta semplice datato e firmato, formalmente documentato ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e *ss.mm.ii.*

Art. 3

Ammissione/esclusione dei candidati

L’Amministrazione provvederà, con apposito atto, all’ammissione ovvero all’esclusione dei candidati, previa verifica dei requisiti di ammissione indicati nel presente avviso.

L’elenco dei candidati ammessi con i posti di assegnati ovvero esclusi sarà pubblicato sul sito internet aziendale entro **il trentesimo giorno successivo non festivo alla data di scadenza per la presentazione delle domande di partecipazione all’avviso di mobilità.**

Si precisa che la suddetta pubblicazione assume valore di notifica a tutti gli effetti per tutti i candidati che presenteranno domanda di partecipazione all’avviso di mobilità in parola.

Art. 4

Modalità di selezione

La Commissione, da nominarsi con apposito atto, accerterà l’idoneità dei candidati, per le finalità di cui all’art. 30, co. 1, del D.Lgs. n. 165/2001 e *ss.mm.ii.* sulla base:

L’Azienda si riserva, per le finalità di cui all’art. 30, co. 1, del D.Lgs. n. 165/2001 e *ss.mm.ii.*, la più ampia autonomia discrezionale nella valutazione dei candidati e nella verifica della corrispondenza delle professionalità possedute con le caratteristiche del posto da ricoprire. Tale autonomia è esercitabile anche mediante la non individuazione di soggetti idonei.

Art. 5

Disposizioni finali

Con la partecipazione all’avviso è implicita da parte dell’aspirante l’accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando, nonché di quelle che disciplinano o disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale delle Aziende Ospedaliere.

Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, il trattamento dei dati personali forniti dai candidati sarà finalizzato allo svolgimento della procedura in parola e all’eventuale instaurazione e gestione del rapporto contrattuale.

Gli interessati possono scaricare il presente bando, unitamente allo schema di domanda, dal sito internet aziendale nella Sezione “Concorsi”.

Il Dirigente f.f. Risorse Umane
Dott.ssa Maria Pia de Vito



Il/la sottoscritto/a

CHIEDE

che venga valutata la propria candidatura per la mobilità interna per il profilo professionale di

PRESSO LA STRUTTURA

A tale fine, dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445;

1. di essere nato/a il a

e residente a Prov CAP

Indirizzo Telefono

Codice fiscale Indirizzo PEC

indirizzo posta elettronica

2. di prestare servizio presso

profilo professionale categoria di inquadramento

dal a tempo pieno Ore settimanali
parziale

(in caso di ulteriori servizi precedenti – inserire tanti paragrafi quanti i servizi prestati)

di aver prestato servizio presso le seguenti strutture:

profilo professionale categoria di inquadramento

dal a tempo pieno Ore settimanali
parziale

3 di essere in possesso del titolo di studio di:

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Conseguito
in data

Presso
(Università/
istituto)

Con sede a

4. di conoscere la seguente lingua straniera
(inglese, francese o tedesco)

5. di usare abitualmente il personale
computer, utilizzando le seguenti
applicazioni informatiche

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente domanda:

- un proprio curriculum vitae;
- una fotocopia in carta semplice (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a accetta tutte le disposizioni indicate nell'avviso della presente procedura.

Data

Firma

.....
(firma del dichiarante)



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA OSPEDALIERA
“Pugliese Ciaccio”
Catanzaro





*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA OSPEDALIERA
“Pugliese Ciaccio”
Catanzaro





Il/la sottoscritto/a

CHIEDE

che venga valutata la propria candidatura per la mobilità interna per il profilo professionale di

PRESSO LA STRUTTURA

A tale fine, dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R, 28/12/2000, n. 445;

5 di essere nato/a il a

e residente a Prov CAP

Indirizzo Telefono

Codice fiscale Indirizzo PEC

indirizzo posta elettronica

6 di prestare servizio presso

profilo professionale categoria di inquadramento

7
dal a tempo pieno Ore settimanali
parziale

8

3. (in caso di ulteriori servizi precedenti – inserire tanti paragrafi quanti i servizi prestati)

di aver prestato servizio presso le seguenti strutture:

profilo professionale categoria di inquadramento

9
dal a tempo pieno Ore settimanali
parziale

5. di essere in possesso del



titolo di studio di:

Catanzaro

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Conseguito
in data

Presso
(Università/
istituto)

Con sede a

6. di conoscere la seguente lingua straniera
(inglese, francese o tedesco)

7. di usare abitualmente il personale
computer, utilizzando le seguenti
applicazioni informatiche

8. di essere/ non essere stato oggetto di procedimenti disciplinari conclusi con irrogazione della
sanzione (*In caso positivo, precisare:*

9. di non aver riportato condanne penali comportanti la destituzione dall'impiego presso pubbliche
amministrazioni;

10. d
i appartenere/non appartenere alle categorie protette di cui alla Legge n. 68/99 (eventualmente
precisare)

11. d
i autorizzare l'A.O.P.C. al trattamento dei propri dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.
30/06/2003, n. 196.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace,
così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, dichiara, sotto la propria
responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente domanda:

- un proprio curriculum vitae;
- una fotocopia in carta semplice (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a accetta tutte le disposizioni indicate nell'avviso della presente procedura.

Data

Firma

.....
(firma del dichiarante)



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA OSPEDALIERA
“Pugliese Ciaccio”
Catanzaro





*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA OSPEDALIERA
“Pugliese Ciaccio”
Catanzaro





*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA OSPEDALIERA
“Pugliese Ciaccio”
Catanzaro





*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA OSPEDALIERA
“Pugliese Ciaccio”
Catanzaro





*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA OSPEDALIERA
“Pugliese Ciaccio”
Catanzaro





*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA OSPEDALIERA
“Pugliese Ciaccio”
Catanzaro





*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA OSPEDALIERA
“Pugliese Ciaccio”
Catanzaro





*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA OSPEDALIERA
“Pugliese Ciaccio”
Catanzaro





*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA OSPEDALIERA
“Pugliese Ciaccio”
Catanzaro

