

**RICHIESTA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER EVENTUALE
ASSEGNAZIONE PRESSO UNITA' OPERATIVE AZIENDALI
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE**

La Direzione ASSSL di Nuoro, al fine di una più efficiente distribuzione gestionale delle risorse umane nell'ambito dell'organizzazione aziendale, finalizzata a garantire il buon andamento delle attività anche attraverso la valorizzazione dell'esperienza e delle competenze del personale già operante al suo interno, intende acquisire manifestazioni di interesse di personale dipendente a tempo indeterminato appartenente al Profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – INFERMIERE – cat. D), per il Servizio delle Cure Domiciliari Integrate (ADI) sedi di:

Distretto di Nuoro
Distretto di Macomer
Distretto di Siniscola
Distretto di Sorgono

REQUISITI DI AMMISSIONE:

- ***essere dipendente a tempo indeterminato della ASSSL di Nuoro in qualità di Collaboratore Professionale Sanitario – INFERMIERE;***
- ***iscrizione all'ordine.***

La Commissione preposta alla valutazione dei requisiti e dei curriculum sarà così costituita:

- Direttore del Servizio delle Professioni Sanitarie o suo delegato;
- Coordinatore/Referente cure Domiciliari Integrate (ADI)
- Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere

L'eventuale assegnazione sarà disposta dal Direttore d'Area secondo l'ordine della graduatoria stilata dalla competente Commissione a seguito dell'esame dei relativi curricula degli interessati

Nella formulazione della graduatoria di merito verrà seguito il seguente criterio di scelta:

- ***attinenza del curriculum professionale e formativo del dipendente, debitamente autocertificato, rispetto alle funzioni da ricoprire;***

Le domande di partecipazione alla selezione, redatte in carta semplice secondo l'allegato schema, dovranno essere indirizzate alla Direzione di Area **e dovranno pervenire entro e non oltre l'8 giugno 2020.**

La suddetta pubblicazione, ai sensi dell'articolo 32 della L. n. 69/2009 è da considerarsi, ad ogni effetto, pubblicità legale ed assolve l'obbligo di pubblicità a carico dell'Azienda.

Le domande potranno essere inoltrate nel seguente modo:

consegna a mano, presso l'Ufficio Protocollo della Direzione d'Area in Via Demurtas, 1 – 08100 Nuoro

trasmissione via PEC, nel rispetto dei termini di cui sopra, in un unico formato PDF, utilizzando una casella di posta elettronica certificata, unitamente alla scansione del documento di identità del sottoscrittore, all'indirizzo PEC del servizio per la tenuta del protocollo informatico: dir.asslnuoro@pec.atssardegna.it Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinato all'utilizzo, da parte del candidato, di una casella di posta elettronica certificata personale. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ ordinaria anche se indirizzata alla PEC aziendale sopra indicata.

E' esclusa ogni altra forma di presentazione.

La domanda di partecipazione deve essere firmata in calce dal candidato. La domanda non sottoscritta determinerà l'esclusione dalla procedura.

Nella domanda da compilarsi secondo il modulo allegato gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la loro personale responsabilità, consapevoli delle pene stabilite per le dichiarazioni e le certificazioni false e mendaci, ex artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000, quanto segue:

- a) nome e cognome;
- b) luogo, data di nascita e residenza
- c) indirizzo mail presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione ed il relativo recapito telefonico;
- d) dichiarazione esperienza professionale da riportarsi nel curriculum professionale;
- e) dichiarazione dell'attuale sede di servizio.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Curriculum formativo professionale datato e firmato e copia di un documento di riconoscimento in corso di validità

Il Direttore ASSSL
Dott. Grazia Cattina

Oggetto: Manifestazione di interesse, per eventuale assegnazione presso Unità Operative Aziendali COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE

__I__ sottoscritt_ _____, nat__ a _____ (Prov.____) il
 _____,residente in _____, (CAP____),
 Via _____, n.____ domiciliat__ per la procedura in
 oggetto in _____ (CAP____),
 Via _____ n.____ Tel._____
 email_____

DICHIARA

Il proprio interesse all'eventuale assegnazione al Servizio delle Cure domiciliari Integrata (ADI) Distretto di:

1. _____

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 e delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità dichiara:

1. di essere dipendente a tempo indeterminato della ASSSL di Nuoro con la qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario - INFERMIERE dal_____;

2. di prestare servizio presso _____ dal_____;

3. che quanto riportato nell'allegato curriculum corrisponde a verità;

4. ai sensi del D.Lgs n. 196/03, di accordare 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.

5. di allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Data,_____ firma _____

Si allega curriculum formativo e professionale datato e firmato