

AVVISO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

RISERVATO AL PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO, IN SERVIZIO PRESSO LA ATS – ASSL ORISTANO, INQUADRATO NEL PROFILO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE (CAT. D), PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO PRESSO L'HOSPICE

SCADENZA: 14 GENNAIO 2020

Al fine dell'individuazione di un operatore CPSI per la sede sopraindicata, si terrà conto dei seguenti requisiti:

1. essere dipendente a tempo indeterminato presso la ATS – ASSL Oristano nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere (Cat. D);
2. non avere limitazioni funzionali;
3. essere idoneo alla copertura dei turni nelle 24 ore;
4. essere a tempo pieno;

Le manifestazioni di interesse, redatte secondo l'allegato schema e corredate del curriculum vitae, possono essere presentate direttamente alla Segreteria dell' U.O.C. SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE – 3 piano – stanza 14 – corpo P - P.O. "San Martino di Oristano **(dal lunedì al venerdì di tutti i giorni feriali dalle h. 8,30 alle h.12,30) entro e non oltre le ore 12,30 di MARTEDI' 14 GENNAIO 2020** o in alternativa inviate alla e-mail **professionisanitarie.oristano@atssardegna.it**.

La valutazione dei candidati sarà effettuata tenendo conto della presenza dei requisiti richiesti, dell'esito della valutazione motivazionale effettuata tramite colloquio e dell'anzianità di servizio.

Il colloquio si terrà mercoledì 15/01/2020 alle ore 09,30 presso la stanza n. 10 sita al primo piano in Via Carducci n. 35, Oristano. La presente vale quale formale convocazione..

**II RESPONSABILE F.F. SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE
DOTT. SSA BARBARA COLLU**

SCHEMA DOMANDA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

AI RESPONSABILE FF SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE
ASSL ORISTANO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____, residente a _____
via _____ n. _____ Cap _____

MANIFESTA L'INTERESSE

a svolgere la propria attività presso l'U.O. Hospice ASSSL Oristano.

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 / 2000 delle sanzioni penali cui può andare incontro, in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 46 e 47 del citato D.P.R.,

DICHIARA

- di essere dipendente a tempo indeterminato della ATS Sardegna, ASSSL Oristano, nel profilo professionale di: **CPS INFERMIERE** - Cat. D, matricola n. _____, dal ____/____/____;
- di essere in servizio presso la UOC _____ dal ____/____/____;
- Di non avere limitazioni funzionali;
- Di essere a tempo pieno,
- Di avere l'idoneità alla copertura dei turni nelle 24 ore.
- Che quanto riportato nel Curriculum Vitae corrisponde al vero;
- Di accordare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Allega copia di documento in corso di validità.

Data _____

FIRMA DIPENDENTE
