

AVVISO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTA AL PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO NEL PROFILO DI OPERATORE SOCIO SANITARIO – AREA DEGLI OPERATORI

Il Servizio delle Professioni Sanitarie intende conoscere e acquisire le manifestazioni d'interesse del personale dipendente a tempo indeterminato in servizio presso la ASL Medio campidano inquadrato nel profilo di Operatore Socio Sanitario – Area degli Operatori, disponibile alla mobilità presso altre Unità Operative del Presidio Ospedaliero, qualora si rendessero posizioni vacanti a seguito di cessazione dei contratti a tempo determinato. Di seguito le U.U.O.O. eventualmente disponibili :

- Pronto Soccorso
- Ortopedia e Traumatologia
- Chirurgia
- Ostetricia e Ginecologia
- Cardiologia – UTIC
- Medicina

1. REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Possono presentare la domanda i dipendenti dell'ASL Medio Campidano, attualmente in servizio a tempo indeterminato, che siano inquadrati nel profilo di Operatore Socio Sanitario – Area degli Operatori, che risultino essere in possesso dell'idoneità al lavoro sui tre turni, come da certificazione del Medico Competente.

2. MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La manifestazione di interesse, redatta secondo lo schema allegato deve essere inviata, entro 7 giorni dalla pubblicazione del seguente avviso, al Servizio delle Professioni Sanitarie della ASL del Medio Campidano esclusivamente tramite posta elettronica al seguente indirizzo: servizioprofessionisanitarie.sanluri@aslmediocampidano.it.

Il candidato ha solo una opzione di scelta.

3. CRITERI DI VALUTAZIONE

In caso di più domande sarà effettuata una valutazione dell'anzianità di servizio, presso la ASL Medio Campidano.



4. DISPOSIZIONI FINALI

L'Amministrazione si riserva la facoltà, per legittimi motivi, di prorogare, sospendere, revocare, in tutto od in parte, modificare o ritirare il presente avviso a suo insindacabile giudizio, senza l'obbligo della comunicazione ai singoli concorrenti, del relativo provvedimento.

Si fa presente che tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura avverranno tramite mail aziendale.

Servizio Professioni Sanitarie

Asl Medio Campidano

Dott.ssa Maria Francesca Ibba

Direttore Generale

Dott. Giorgio Carboni



SCHEMA FAC SIMILE DOMANDA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

AL SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE
ASL Medio Campidano

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

MANIFESTA L'INTERESSE

a svolgere la propria attività presso

U.O. di _____ Servizio _____
del Presidio Ospedaliero ASL Mediocampidano.

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 ASL Medio Campidano nel profilo di Operatore Socio Sanitario - Area degli Operatori, matricola n. _____, dal ___/___/____;

- di essere in servizio presso la UOC _____, dal ___/___/____;
- Di essere a tempo pieno
- Di accordare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

FIRMA DIPENDENTE

Data _____