

## 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](mailto: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 \_\_\_\_\_