

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 il **Servizio di Anatomia Patologica** del Presidio Ospedaliero,.

1. REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Possono presentare la domanda, **esclusivamente**, i dipendenti dell'ASL Medio Campidano, attualmente in servizio a tempo indeterminato, che siano inquadrati nel profilo di Operatore Socio Sanitario – Area degli Operatori, in possesso di prescrizioni e/o limitazioni certificate dal medico competente che attestino l'inidoneità al lavoro presso le unità operative di degenza o l'esenzione dai turni notturni.

2. MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La manifestazione di interesse, redatta secondo lo schema allegato deve essere inviata, entro 10 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.

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 o in parte, modificare o ritirare il presente avviso a suo insindacabile giudizio, senza l'obbligo della comunicazione ai singoli concorrenti, del relativo provvedimento.

Il Commissario Straordinario EX ART.14 L.R. 8/2025
Dott.ssa Maria Francesca Ibba

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 il Servizio di Anatomia Patologica del Presidio Ospedaliero
ASL Mediocampidano.

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art. figli 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 _____