



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Ricovero Nazionale ad Alta Specializzazione

DECORRENZA 15-07-2022
SCADENZA 29-07-2022

AVVISO DI MOBILITA' VOLONTARIA INTERNA DIRIGENZA MEDICA

il Direttore Generale

rende noto che è indetto avviso di mobilità volontaria interna della dirigenza medica per la copertura di n. 3 posti vacanti e disponibili della dotazione organica della UOSD "Cardiologia clinica per il trattamento dello scompenso cardiologico" del Dipartimento Cardiovascolare

Requisiti di ammissione

- essere **dirigente medico specialista in cardiologia** a tempo indeterminato presso questa Azienda;
- avere superato il periodo di prova;

Modalità di presentazione delle istanze

L'istanza, redatta secondo lo schema allegato e indirizzata al Direttore Generale, deve essere spedita tramite protocollo aziendale all'indirizzo "Direttore Area Risorse Umane" entro il 15° giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso sul sito internet aziendale (vedi scadenza in intestazione).

Modalità di redazione della graduatoria e mobilità del dirigente

Un'apposita commissione, composta dal Direttore Sanitario e dal responsabile della UOSD, valuterà le istanze pervenute secondo i criteri di seguito esposti.

- anzianità di servizio, anche non continuativo, di ruolo e non di ruolo, prestato presso enti del S.S.N., punti 1,2 per ogni anno fino ad un massimo di punti 6;
- valutazione curriculum (fino ad un massimo di punti 4) con particolare riferimento alla tipologia delle prestazioni effettuate in relazione alla struttura di destinazione.

Il trasferimento del dirigente è disposto con deliberazione del Direttore Generale

La validità delle graduatorie è fissata in anni I dalla loro approvazione.

Il Direttore Generale
Dott. Roberto Colletti

Al Direttore Generale
Amas Civico Benfratelli Di Cristina

SEDE

Il/la sottoscritto/ _____

nato/a _____ Prov. _____ il _____

residente in via _____ n. _____ CAP _____

dipendente di questa Azienda con il Profilo di _____ presso la UO

_____, matr. _____

chiede di accedere alla mobilità volontaria

e di essere trasferito presso la UO _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dalla vigente normativa nel caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell' art. 76 D.P.R. 445/2000, quanto segue:

- a. di avere conseguito al seguente specializzazione _____
presso _____ il _____
- b. di avere prestato servizio nel SSN secondo lo schema allegato;
- c. di accettare tutte le condizioni previste dall'avviso di mobilità;

alla presenta si allega :

- autocertificazione servizi
- curriculum vitae
- carta di identità

Luogo e data

FIRMA _____

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà dei servizi prestati e delle attività svolte

Il sottoscritto _____, nato a _____ il ____ / ____ / _____, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità dichiara:

a) di aver prestato i seguenti periodi di servizio e/o svolto le seguenti attività :

n.	Denominazione Azienda/Ente (precisare la natura dell'Ente - pubblico - privato - convenzionato - o altro)	Natura giuridica del rapporto di lavoro (tipologia del contratto - tempo determinato - indeterminato, consulenza/co.co.pro/co.co.co. - libero professionale , volontariato, etc..)	Qualifica - Profilo giuridico /professionale rivestito/eventuale disciplina	DATA Inizio Servizio (Decorrenza giuridica) g/m/a	DATA Fine servizio g/m/a	Orario di servizio full time/part-time - le ore settimanali svolte	Indicazione eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettative - congedi non retribuiti , sospensioni dal servizio etc..) e

* In caso di servizi in numero superiore alle righe della tabella, compilare più pagine dello stesso modello - tutte le colonne devono essere compilate - In caso di servizio part-time indicare obbligatoriamente la percentuale part-time e/o comunque le ore settimanali

Data _____

Firma dell'interessato _____