

**AZIENDA SANITARIA DI NUORO**

**REGIONE SARDEGNA**

\_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

**BANDO DI SELEZIONE INTERNA, PER SOLI TITOLI, FINALIZZATO ALLA  
MOBILITA' INTERNA DI COLLABORATORI PROFESSIONALI SANITARI  
LOGOPEDISTI.**

**I posti a selezione, da ricoprire prima di procedere all'assunzione dei vincitori del concorso, sono i seguenti e si precisa che ad ogni candidato è concessa una sola opzione tra le sedi disponibili:**

Neuropsichiatria Infantile Distretto di Nuoro	2 posti
Neuropsichiatria Infantile Distretto di Macomer e Sorgono (18 ore a Macomer e 18 ore a Sorgono)	1 posto a scavalco
Neuropsichiatria Infantile Distretto di Siniscola e Nuoro (18 ore a Siniscola e 18 ore a Nuoro)	1 posto a scavalco

Per partecipare alla selezione sono indispensabili i seguenti requisiti:

- Essere dipendenti a tempo indeterminato della Azienda Sanitaria di Nuoro con la qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario - Logopedista.
- Ai fini della formazione della graduatoria finale saranno applicati i criteri appresso indicati:

**A) PUNTEGGIO RELATIVO ALL'ANZIANITÀ DI SERVIZIO:**

- Punti 1,00 per anno di servizio, nel profilo professionale a selezione in enti pubblici, fino al 10° anno di attività, punti 0,50 per gli anni successivi;
- Le frazioni di anno vanno considerate ( 0,08 punti ) per mese;
- Le frazioni mensili superiori a 15 giorni vengono considerate per intero ( 0,08 punti );
- Le frazioni mensili inferiori a 15 giorni di servizio non si conteggiano;

**B) SITUAZIONE FAMILIARE E PERSONALE ( MASSIMO 5 PUNTI )**

- punti 1 per ogni figlio in età scolare con un massimo di 14 anni;
- punti 2 per ogni parente o affine in situazione di disabilità opportunamente certificata.

**C) PUNTEGGIO RELATIVO AL CURRICULUM**

- > Corsi di aggiornamento punti 0,02 per corsi di qualsiasi durata;
- > Corsi di aggiornamento in qualità di relatore punti 0,05;
- > Corsi di lingue straniere e di informatica punti 0,01 cadauno.

**SI PRECISA CHE:**

- saranno valutati solo i titoli richiesti dal bando e al medesimo allegati.
- Le domande di mobilità interna presentate precedentemente sono considerate nulle.

Si invitano i dipendenti interessati ad **utilizzare esclusivamente lo schema di domanda fornito con il presente bando** compilando con precisione tutte le sue parti e ad allegare, obbligatoriamente, alla domanda un curriculum vitae datato e firmato.

Le domande potranno essere inviate per posta, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento (fa fede il timbro postale), al Direttore Generale della Azienda Sanitaria di Nuoro (Via De Murtas, 1 - 08100 Nuoro), oppure consegnate a mano al Protocollo Generale **entro il termine perentorio del 15 Luglio 2011.**

Per ulteriori informazioni telefonare al Servizio Personale, ai seguenti numeri: 0784-240813-240891.

Nuoro li 30 Giugno 2011

**Il Direttore del Servizio Personale**

**Dr.ssa Caterina Capillupo**

**AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SANITARIA DI NUORO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso/a all'avviso di mobilità interna, previa l'assunzione dei vincitori del concorso, riservato al personale dipendente a tempo indeterminato nel profilo professionale di **Collaboratore Professionale Sanitario – LOGOPEDISTA Cat. D** e di optare per la sede(1):

	Neuropsichiatria Infantile Distretto di Nuoro	2 posti
	Neuropsichiatria Infantile Distretto di Macomer e Sorgono (18 ore a Macomer e 18 ore a Sorgo)	1 posto a scavalco
	Neuropsichiatria Infantile Distretto di Siniscola e Nuoro (18 ore a Siniscola e 18 ore a Nuoro)	1 posto a scavalco

A tal fine dichiara:

di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario – Fisioterapista presso Azienda Sanitaria di Nuoro dal \_\_\_\_\_

attualmente in servizio presso \_\_\_\_\_

Di aver prestato i seguenti servizi(2) \_\_\_\_\_

che il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere inviata ogni necessaria comunicazione è il seguente:

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Al fine della valutazione di merito, il/la sottoscritto/a allega alla presente:

- Autocertificazione de servizi prestati e autocertificazione Stato di Famiglia Curriculum

**Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/03.**

Firma

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(1) Barrare una sola sede.**

**(2) Indicare per ogni servizio: la qualifica esatta, il periodo dal.....al....., la denominazione dell'Ente presso il quale si è prestato il servizio e le ore settimanali.**

( Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(ART. 47 D.P.R.445 DEL 21 DICEMBRE 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov)

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov)

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

**Che la propria famiglia è così composta:**

Cognome e nome	Data di nascita	Relazione di parentela	NOTE

**Firma** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

( Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(ART. 46 D.P.R. 445 DEL 21 DICEMBRE 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov)

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov)

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

**Di aver prestato i seguenti servizi:**

azienda /ente ecc.	qualifica	periodo	Ore settimanali

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

( Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità)

