

**AZIENDA SANITARIA - NUORO**  
**REGIONE SARDEGNA**  
**Servizio Infermieristico e delle Professioni Sanitarie**

**in collaborazione con il Servizio del Personale**

Si rende noto che è indetta selezione di mobilità interna, per soli titoli, riservata al personale dipendente operante presso le strutture aziendali appartenente al profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere - Cat. D, per la copertura di posti nei Presidi Sanitari degli Istituti Penitenziari della ASL di Nuoro (Casa Circondariale di Nuoro, Casa Circondariale di Macomer, Casa di Reclusione di Mamone).

Possono fare domanda i dipendenti dell'Azienda che siano in possesso del seguente requisito:

1. Essere in servizio a tempo pieno e indeterminato nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere Cat. D ;

Si precisa inoltre che, ai sensi della vigente normativa, l'attività sanitaria all'interno delle strutture penitenziarie potrà essere svolta esclusivamente da soggetti che non abbiano riportato condanne definitive per delitti di qualunque natura, che non abbiano procedimenti penali a carico o familiari o conviventi tra la popolazione detenuta o internata.

Per l'ammissione alla Selezione, gli interessati dovranno inoltrare utile domanda di partecipazione, utilizzando il fac- simile allegato, indirizzata al Servizio delle Professioni Sanitarie – direzione Sanitaria P.O.S. Francesco – Via Mannironi - 08100 Nuoro.

*Data l'impellente necessità di sopperire alle inderogabili esigenze di Servizio **le domande dovranno pervenire entro e non oltre la data del 27/06/2012.***

**Si precisa che, in caso di spedizione a mezzo posta non farà fede il timbro postale di spedizione.**

Il Personale interessato dovrà altresì **allegare obbligatoriamente un Curriculum formativo e professionale su carta semplice datato e firmato, accompagnato da copia del documento di identità personale.**

**Relativamente alla valutazione dei titoli si specifica che assumeranno particolare rilievo:**

- 1. Possesso di esperienza pregressa in ambiti attinenti al settore di attività di destinazione;**
- 2. Dichiarata Anzianità di Servizio.**

In caso di parità di titoli si terrà prioritariamente conto delle esperienze eventualmente maturate nell'ambito della sanità penitenziaria alla data di entrata in vigore del D.Lgs.vo n. 140/2011, ai sensi della delle previsioni di cui alla deliberazione della Giunta Regionale Sardegna n. 17/12 del 24.04.2012, allegato 1, paragrafo 5.5.

Per ulteriori informazioni telefonare al seguente numero: 0784/240891

Nuoro,20/06/2012

F.TO Dr.ssa Maria Rita Pinna

AL DIRETTORE SERVIZIO INFERMIERISTICO  
E DELLE PROFESSIONI SANITARIE  
c/o DIREZIONE SANITARIA P.O. S. FRANCESCO  
**NUORO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) il \_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) Via \_\_\_\_\_ (c. a. p. \_\_\_\_\_) n. tel. \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso/a alla Selezione di mobilità Interna, per soli titoli, per Collaboratori Professionali Sanitari – INFERMIERI CAT. D da destinare alla copertura dei posti vacanti del Servizio Assistenza Penitenziaria.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, **consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, nei casi previsti dal citato testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. (art. 76 D.P.R. 445/2000).**

dichiara :

1. Di essere dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda Sanitaria di Nuoro, con la qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario – INFERMIERE Cat. D. a far data dal: \_\_\_\_\_

2. Di prestare servizio presso: \_\_\_\_\_ e di voler essere trasferito presso la struttura penitenziaria \_\_\_\_\_

3. Di aver inoltre prestato i seguenti servizi:

presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_

Si allegano:

1. Curriculum Formativo e Professionale, datato e firmato delle cui dichiarazioni e documenti allegati si dichiara contestualmente la veridicità/conformità secondo la formula di rito sopra riportata;
2. Fotocopia documento di identità in corso di validità.

Il recapito presso cui indirizzare eventuali comunicazioni è il seguente:  
(via) \_\_\_\_\_ (comune) \_\_\_\_\_ (c. a. p.) \_\_\_\_\_ (tel.) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

(non autenticata ai sensi dell'art. 39 DPR 445/2000)

---