ASLNuoro

Azienda Sanitaria di Nuoro
Barbagie Baronie Mandrolisai Marghine
Regione Autonoma della Sardegna

DIREZIONE DEL PERSONALE

ASL3
Prot. 2016/23257 del 26/05/2016 ore 08:29
Mitt.: Dipartimento Servizi Amministrati.
Dest.: A TUTTI I DIPENDENTI
Class.: 1.5. Fasc.: 11 del 2016

OGGETTO: SELEZIONE PROGRESSIONI ORIZZONTALI (FASCE ECONOMICHE) ANNO 2016 – MODIFICA AVVISO PROT.22770 DEL 23.05.2016

AVVISO PER I DIPENDENTI DELL'AREA COMPARTO CHE HANNO PRESTATO SERVIZIO PRESSO ALTRE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE O PRIVATE ACCREDITATE CON IL S.S.N. NONCHÉ PRESSO ALTRE AMMINISTRAZIONI/ENTI PUBBLICI

Con riferimento all'accordo decentrato relativo alla selezione per la progressione economica orizzontale, siglato in data 23.12.2015 e integrato in data 04.02.2016, si invitano tutti i dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, (**presenti in servizio al 1° gennaio 2016, che abbiano maturato, alla data del 31.12.2015, cinque anni di servizio continuativo a tempo indeterminato, presso questa Azienda, nella medesima categoria e profilo professionale, nella posizione economica immediatamente inferiore a quella per la quale si intende partecipare alla selezione)** a presentare apposita autocertificazione del servizio eventualmente prestato, presso altre Aziende Sanitarie Pubbliche o Private accreditate con il S.S.N. nonché presso altre Amministrazioni/ Enti Pubblici.

Le suddette dichiarazioni, redatte sul modello allegato, dovranno pervenire al protocollo generale entro il 10 giugno p.v..

Il presente avviso, sostituisce integralmente quello diffuso in data 23.05.2016 prot. n. 22770.

Il Direttore del Servizio Amm. del Personale
- Risorse Umane -
Dott.ssa Maria Grazia Figus

www.aslnuoro.it
direttorepersonale@aslnuoro.it

Direzione Generale
Via Demurtas 1 08100 Nuoro
Tel. 0784 38892/240626 Fax. 0784 232095

Servizio del Personale
Via Demurtas 2 08100 Nuoro
Tel. 0784-240813 / 240819 Fax. 0784-240884/601

C.F.: 00977680917

Spettabile Azienda Sanitaria 3 - Nuoro

Servizio del Personale

Autocertificazione del servizio prestato presso Altre Aziende Sanitarie Pubbliche o Accreditate con il S.S.N. – Amministrazioni/Enti Pubblici ai sensi del D.P.R. 445/2000

Categoria Attuale _____ Matricola dipendente _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____Cod. Fisc_____e residente a _____

in Via _____

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R., dichiara:

di aver prestato servizio nelle seguenti Amministrazioni/Enti Pubblici:

Amministrazione	**Profilo professionale**	**Categoria**	**Data Inizio Rapporto**	**Data Fine Rapporto**

Data,_____ _____

(firma leggibile)

N.B.: Ai fini della validità dell'autocerficazione allegare fotocopia di un documento d'identità.