

AVVISO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE **COPERTURA POSTI PRESSO U.O. HOSPICE**

SCADENZA: 10 Dicembre 2018

Si comunica che l'ATS/ASSSL di Oristano – U.O.C. Servizio Professioni Sanitarie - ha stabilito di attivare l'avviso di manifestazione di interesse per la copertura dei posti presso l'**HOSPICE (attività di degenza H24)**, riservato al personale dipendente a tempo indeterminato, che abbia superato il periodo di prova, in servizio presso la A.S.S.L. di Oristano, inquadrato nel profilo professionale di:

CPS INFERMIERE CAT D-Ds **OPERATORE SOCIO SANITARIO CAT. "B" LIVELLO ECONOMICO "BS"**

I dipendenti interessati dovranno presentare domanda di partecipazione alla manifestazione di interesse, debitamente sottoscritta, mediante la compilazione dell'allegato schema, insieme ai documenti e titoli che ritenessero opportuno presentare agli effetti della valutazione .

Le domande possono essere presentate direttamente alla Segreteria dell' U.O.C. SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE – 3° piano – stanza 14 – corpo P - P.O. "San Martino di Oristano (dal lunedì al venerdì di tutti i giorni feriali dalle h. 11,30 alle h.13,30) entro e non oltre le ore 13,30 di lunedì 10 dicembre 2018.

Tutti i documenti devono essere prodotti in originale o in copia legale autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Chi intende avvalersi dell'autocertificazione deve produrre copia fotostatica non autenticata dei titoli e delle pubblicazioni ovvero dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

In conformità a quanto previsto dall'art. 15/1 lett a) della L. 183/2011, si precisa che il candidato, in luogo alle certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione, che non potranno essere accettate e/o ritenute utili ai fini della valutazione nel merito, deve presentare dichiarazioni sostitutive e, più precisamente:

- dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio: articoli 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (*allegato 1*);
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà: art. 46, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (stato di famiglia, eventuale fruizione benefici L. 104/92) (*allegato 2*);

Le domande possono essere inviate, nel rispetto dei termini di cui sopra, utilizzando la casella di posta elettronica del Servizio Professioni Sanitarie – professionisanitarie.oristano@atssardegna.it

Al termine della procedura di valutazione, la quale sarà preceduta da un colloquio motivazionale, gli operatori selezionati saranno contattati esclusivamente per l'assegnazione **all'U.O. Hospice**; l'eventuale rinuncia all'assegnazione dovrà essere formulata per iscritto entro cinque giorni dalla proposta e determinerà l'esclusione dall'elenco.

Il colloquio è previsto per il giorno 14/12/2018 – ore 09.30 – presso la Direzione del Servizio Professioni Sanitarie – 3 piano – stanza 14 – corpo P - P.O. "San Martino di Oristano"

Per informazioni relative al presente avviso rivolgersi direttamente alla Segreteria della Direzione Servizio Professioni Sanitarie – **dal lunedì al venerdì (esclusi i festivi) - dalle 11,30 alle h.13,30 – o contattare i numeri 0783/317281 – 317202.**

Il Direttore Inc.
Servizio Professioni Sanitarie
Dott. Giovanni Piras



SCHEMA DOMANDA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

AI DIRETTORE SPS
ASSL ORISTANO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____
via _____ n. _____ Cap _____
Città _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla manifestazione di interesse per la copertura di posti presso l'U.O. Hospice di Oristano, riservata al personale dipendente a tempo indeterminato, in servizio presso la ASSSL di Oristano, nel profilo professionale di:

- CPS INFERMIERE - Cat. D-Ds
- OPERATORE SOCIO SAN ITARIO - Cat. B Livello Economico "BS"

A TAL FINE DICHIARA

di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo professionale di:

- CPS INFERMIERE - Cat. D
- OPERATORE SOCIO SAN ITARIO - Cat. B Livello Economico "BS"

presso: _____

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

COGNOME _____

NOME _____

VIA _____ N. _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

TELEFONO _____

Al fine della valutazione di merito, il/la sottoscritto/a presenta i documenti ed i titoli indicati nell'allegato elenco.

Data _____

FIRMA
