

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE  
PER L'ASSEGNAZIONE DI N. 1 POSTO DI  
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE, CAT. D,  
ALLA S.S. DI MEDICINA DELLO SPORT.

Si comunica che l'Area Socio Sanitaria di Carbonia ha la necessità di assegnare n. 1 Dipendente appartenente al profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, cat. D, alla S.S. di Medicina dello Sport.

Possono inoltrare domanda di diversa assegnazione i Dipendenti a tempo indeterminato assegnati alle Strutture dell'ASSL di Carbonia che abbiano superato il periodo di prova, inquadrati nel profilo professionale di CPSI.

L'assegnazione al nuovo posto sarà effettuata previa verifica dell'idoneità psico-fisica alla specifica funzione a cura del Medico Competente.

I Dipendenti interessati dovranno presentare domanda, debitamente sottoscritta, mediante la compilazione dell'allegato schema, allegando i documenti e titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione positiva del curriculum di carriera e professionale da allegare obbligatoriamente alla domanda.

In presenza di più domande, ai sensi dell'art. 8 del Regolamento Unico Gestione del Personale di cui alla delibera n. 1325 del 28.12.2016, sarà effettuata una valutazione positiva e comparata del curriculum degli aspiranti in relazione al posto da ricoprire. Tale valutazione, sarà effettuata da una apposita Commissione di nomina del Direttore di ASSL e dovrà tener conto, eventualmente anche attraverso colloquio, della confidenza della professionalità espressa da ciascun Candidato al posto che si intende ricoprire. Il provvedimento di valutazione dei curricula dei Candidati non dà luogo pertanto a formazione di graduatoria ma unicamente a giudizi motivati di maggiore confidenza o di non confidenza dei Candidati al posto da ricoprire.

Le domande in carta semplice dovranno tassativamente pervenire **entro 10 (dieci) giorni dalla pubblicazione del presente Avviso**, secondo le modalità di seguito riportate:

- consegna a mano all'Ufficio Protocollo della ASSL, Sede Centrale, Il piano, via Dalmazia 83, Carbonia;

- raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

ASSL Carbonia  
Via Dalmazia 83  
09013 Carbonia,

per la quale, quanto alla data di presentazione, farà fede il timbro postale;

- tramite utilizzo della posta elettronica certificata entro il termine di scadenza previsto al seguente indirizzo di posta elettronica certificata [protocollo@pec.aslcarbonia.it](mailto:protocollo@pec.aslcarbonia.it); si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del Candidato di casella elettronica certificata a sua volta. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC Aziendale.

**Se il termine per la presentazione delle domande dovesse coincidere con un giorno festivo, sarà spostato al primo giorno feriale successivo.**

L'elenco dei Candidati in possesso dei requisiti specifici di ammissione verrà pubblicato sul sito web aziendale, nella sezione "Bandi di concorso", alla pagina <http://www.aslcarbonia.it/albopretorio/concorsi/>.

Gli aspiranti saranno interpellati esclusivamente per la mobilità prescelta; la rinuncia deve sempre essere fatta per iscritto entro cinque giorni dalla proposta di diversa assegnazione e comporta l'esclusione.

f.to Il Direttore della ASSL Carbonia  
*Dott.ssa Maddalena Giua*

In allegato:

- A) lo schema indicativo dei criteri per la mobilità del personale del comparto;
- B) il modulo per la compilazione della domanda di partecipazione.

ALLEGATO A

| CRITERI PER LA MOBILITÀ DEL PERSONALE DI COMPARTO |   |                                   | Punteggio massimo Catt. A e B (nonché C e D solo per mobilità d'ufficio) |
|---|---|-----------------------------------|--|
| <b>1) anzianità di servizio</b>                   | Anni di servizio prestati nel profilo di appartenenza. Nell'ambito dello stesso mese le frazioni superiori a 15 sono considerate mese intero.   | Un punto per anno                 | <b>25</b>  |
| <b>2) situazione familiare</b>                    |   | Punti per figlio o per il coniuge | <b>15</b>  |
|   | Persona non coniugata con figlio minore non convivente  | 2                                 |  |
|   | Persona coniugata con coniuge convivente  | 1                                 |  |
|   | Persona coniugata con figlio minore convivente  | 1                                 |  |
|   | Per ciascun genitore ultra 65enne convivente  | 0,5                               |  |
| <b>3) residenza anagrafica</b>                    | <p><b>MOBILITÀ VOLONTARIA</b><br/>Punteggio per ogni km di distanza dalla residenza alla sede di servizio assegnata alla data dell'avviso di mobilità.</p> <p><b>MOBILITÀ D'UFFICIO</b><br/>Punteggio per ogni km di distanza dalla residenza alla nuova sede di servizio.</p> <p>La residenza dovrà essere sussistente da almeno sei mesi prima dell'inizio della procedura di mobilità.</p> | 0,10 punti per ciascun km         | <b>10</b>  |
| <b>4) curriculum vitae ed eventuale colloquio</b> | Per il solo personale appartenente alle Catt. C e D il curriculum vitae e l'eventuale colloquio, quando previsto dal Bando di mobilità, saranno oggetto di valutazione da parte di una apposita Commissione di nomina aziendale.  |                                   | <b>Giudizio di confacenza al posto da ricoprire</b>                      |

ALLEGATO B

SCHEMA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
ALLA PROCEDURA DI MOBILITÀ INTERNA ORDINARIA

Al Direttore  
ASSL Carbonia  
Via Dalmazia 83  
09013 CARBONIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Recapiti Telefonici \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare alla procedura di mobilità interna ordinaria per l'assegnazione di n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere alla S.S. di Medicina dello Sport.

A tal fine dichiara di:

di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo professionale di:

COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE, CAT. D, in servizio presso

\_\_\_\_\_;

di essere in possesso dell'idoneità alla mansione infermieristica.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_