

ASSL Carbonia-Iglesias  
Direzione

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ASSEGNAZIONE DI 1 POSTO  
DI COLLABORATORE SANITARIO INFERMIERE, CAT. D,  
PER IL CENTRO TRASFUSIONALE SEDE P.O. SIRAI CARBONIA**

Si comunica che l'Area Socio Sanitaria Locale di Carbonia ha la necessità di formare un elenco di personale dipendente CPSI, categoria D da attribuire al Centro Trasfusionale, sede P.O. Sirai.

Possono inoltrare domanda i Dipendenti assegnati alle Strutture dell' ASSL di Carbonia, inquadrati nel profilo di collaboratore sanitario infermiere:

- che abbiano un contratto di lavoro a tempo indeterminato;
- che abbiano superato il periodo di prova;
- che non abbiano limitazioni funzionali incompatibili con le attività del Servizio, ivi comprese quelle relative all'impiego in Autoemoteca;
- che non abbiano esclusioni di alcun tipo dai turni di lavoro che ne richiedano la piena idoneità psicofisica;

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 delle Professioni Sanitarie 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 curriculum 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 7 (sette) giorni dalla pubblicazione del presente Avviso**, secondo le modalità di seguito riportate:

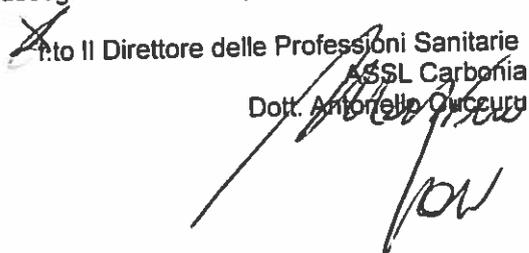
- raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:  
ASSL Carbonia  
Via Dalmazia 83  
09013 Carbonia,

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

- tramite utilizzo della posta elettronica entro il termine di scadenza previsto al seguente indirizzo:  
**staffsps.carbonia@atsssardegna.it**

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

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.

  
P.to II Direttore delle Professioni Sanitarie  
ASSL Carbonia  
Dott. Antonello Cuccuru

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.

---

**ASSL Carbonia**  
**Direzione**  
**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)**

### **1) anzianità di servizio**

Anni di servizio prestati nel profilo di appartenenza (Operatore Socio Sanitario).  
Nell'ambito dello stesso mese le frazioni superiori a 15 sono considerate mese intero.  
Un punto per anno  
**sino ad un massimo di punti 25**

### **2) situazione familiare**

Punti per figlio o per il coniuge  
**sino ad un massimo di punti 15**  
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

### **3) residenza anagrafica**

**MOBILITÀ VOLONTARIA.**  
Punteggio per ogni km di distanza dalla residenza alla sede di servizio assegnata alla data dell'avviso di mobilità.  
**MOBILITÀ D'UFFICIO.**  
Punteggio per ogni km di distanza dalla residenza alla nuova sede di servizio.  
La residenza dovrà essere sussistente da almeno sei mesi prima dell'inizio della procedura di mobilità.  
0,10 punti per ciascun km  
**sino ad un massimo di punti 10**

### **4) curriculum vitae ed eventuale colloquio**

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.

**Giudizio di  
confacenza  
al posto da ricoprire**

---

**ASSL Carbonia**  
**Direzione**  
**ALLEGATO B**

**SCHEMA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Al Direttore  
ASSL Carbonia  
Via Dalmazia 83  
09013 CARBONIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente (da almeno 6 mesi) in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Recapiti Telefonici \_\_\_\_\_  
Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla procedura di manifestazione di interesse per l'assegnazione di n° 1 CPSI da assegnare al Centro Trasfusionale P.O. Sirai.

A tal fine dichiara di:

- di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo professionale di CPSI, cat. D, in servizio

presso.....

- di essere in possesso dell'idoneità alla mansione e di tutti i requisiti richiesti per la partecipazione alla manifestazione di interesse.

Dichiara inoltre, ai fini della valutazione della confidenza al posto a cui si candida di aver prestato servizio in qualità di CPSI (indicare solo Enti, Ospedali, ASL e non U.O.):

dal	___/___/___	al	___/___/___	, presso	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	, presso	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	, presso	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	, presso	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	, presso	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	, presso	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	, presso	_____

di avere la seguente situazione familiare:

- non coniugata, senza figli
- coniugata con coniuge convivente
- coniugata con \_\_\_\_\_ figlio/figli
- non coniugata con figlio/\_\_\_\_\_ figli minori conviventi
- coniugata con figlio/\_\_\_\_\_ figli minori conviventi
- n° \_\_\_\_\_ genitori ultra 65 anni conviventi

Data, .....

**FIRMA**

