



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

SOC GESTIONE RISORSE UMANE

Sede legale : Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)

Sede Operativa Omegna Tel 0323 868370 Fax 0323 868371 e-mail :osru@aslvco.it

Sede Operativa Verbania Tel 0323 541439-411 Fax 0323 541415 e-mail :previdenza@aslvco.it

Sede Operativa Domodossola Tel 0323 491430 Fax 0323 491260 e-mail:stipendi@aslvco.it

AVVISO DI MOBILITA' ORDINARIA AZIENDALE RISERVATO AL PERSONALE DIPENDENTE PER N.1 POSTO DI COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE CAT. D) – DS)

DA DESTINARE ALLA SOC GESTIONE INFRASTRUTTURE E TECNOLOGIE BIOMEDICHE

A detto avviso può partecipare esclusivamente il personale dipendente del Ruolo Amministrativo ed in servizio a tempo indeterminato da almeno un anno presso la stessa U.O., con la qualifica di Collaboratore Amministrativo Professionale Cat. D) – Ds).

L'istanza, da redigersi in carta semplice ed esclusivamente sull'apposito modulo, reperibile presso la Struttura Complessa Gestione Risorse Umane, dovrà essere presentata

ENTRO LE ORE 12.00 DEL GIORNO 4 MAGGIO 2015

all'Ufficio Protocollo - Via Mazzini 117 - Omegna.

Le istanze presentate verranno valutate con i criteri di cui all'accordo integrativo aziendale sottoscritto in data 28.11.2008 e recepito con deliberazione n. 888 del 11/12/2008, sulla base dell'anzianità di servizio, della situazione familiare, della residenza anagrafica, della formazione professionale e del colloquio, come di seguito specificato :

- | | |
|--------------------------------------|------------------|
| - Servizi prestati | Massimo Punti 15 |
| - Situazione familiare | Massimo Punti 5 |
| - Residenza Anagrafica | Massimo Punti 3 |
| - Curriculum formativo professionale | Massimo Punti 20 |
| - Colloquio | Massimo Punti 22 |

Le domande e i colloqui saranno valutati da un'apposita Commissione composta dal Direttore Amministrativo Aziendale o suo delegato, da Due Direttori di UU.OO. interessate o loro delegati.

L'eventuale graduatoria derivante dal presente avviso di mobilità ordinaria, sarà utilizzabile per tutte le future necessità.

L'A.S.L. si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere o prorogare gli effetti del presente bando, qualora ne rilevasse l'opportunità o la necessità, con provvedimento motivato.

Il presente avviso, correlato dal relativo modulo, sarà pubblicato all'albo ufficiale dell'ASL nonché nel sito Intranet aziendale

Omegna, 16 Aprile 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO AZIENDALE
(Dott. Rino Bisca)



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

ALLA SOC
GESTIONE RISORSE UMANE
SEDE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Chiede di essere ammesso all'avviso di

MOBILITA' INTERNA ORDINARIA

riservato al personale dipendente a tempo indeterminato con la qualifica di _____

_____ per l'assegnazione alla SOC Gestione

Infrastrutture e Tecnologie Biomediche.

A tal fine dichiara

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28/10/2000 n. 445 e per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

Di essere dipendente a tempo indeterminato con la qualifica di _____

nella categoria _____ livello Economico _____ presso _____

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

Cognome e nome _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ TEL _____



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Che il proprio nucleo familiare si compone di :

_____	nato a _____	il _____	_____
cognome e nome			grado di parentela
_____	nato a _____	il _____	_____
cognome e nome			grado di parentela
_____	nato a _____	il _____	_____
cognome e nome			grado di parentela
_____	nato a _____	il _____	_____
cognome e nome			grado di parentela

Alla fine della valutazione di merito, il/la sottoscritto/a presenta i documenti utili a certificare situazioni di disagio familiari e personali.

Che la distanza chilometrica tra il comune di residenza e l'attuale sede di assegnazione è di KM _____

Che la distanza chilometrica tra il comune di residenza e nuova sede di assegnazione è di KM _____

Di aver prestato servizio presso le Unità Organizzative – altri Enti Pubblici e/o Strutture private/convenzionate come di seguito indicato :

Periodo dal	al	QUALIFICA	PRESSO

Si allega curriculum formativo

Data _____ Firma _____



REGIONE
PIEMONTE

www.regione.piemonte.it/sanita



una sanità in salute fa bene a tutti