

AVVISO di MOBILITA' INTERNA per *INFERMIERI* e *OSS* a tempo indeterminato

PER INFERMIERI	
<u>SEDE DI ALBA</u> ↓	<u>SEDE DI BRA</u> ↓
<ul style="list-style-type: none"> ■ BLOCCO OPERATORIO I-II-III piano ■ DIALISI PERITONEALE ■ EMODIALISI ■ LUNGODEGENZA CANALE ■ MEDICINA GENERALE ■ MEDICINA D'URGENZA ■ ORTOPEDIA ■ PRONTO SOCCORSO ■ PSICHIATRIA/DIPARTIM.SALUTE MENTALE ■ RIANIMAZIONE 	<ul style="list-style-type: none"> ■ AMBULATORI INTRAOSPEDALIERI ■ BLOCCO OPERATORIO ■ CHIRURGIA ■ CENTRO TERAPIE PSICHIATRICHE/CIM ■ LUNGODEGENZA BRA ■ MEDICINA/SUB INTENSIVA ■ ORTOPEDIA ■ PRONTO SOCCORSO
<ul style="list-style-type: none"> ■ CASA DI RECLUSIONE (CARCERE) ■ CURE PRIMARIE – ASSISTENZA DOMICILIARE ALBA - BRA ■ POLIAMBULATORI INTRA- EXTRAOSPEDALIERI ALBA - BRA 	
PER O.S.S.	
<u>SEDE DI ALBA</u> ↓	<u>SEDE DI BRA</u> ↓
<ul style="list-style-type: none"> ■ BLOCCO OPERATORIO I-II-III piano ■ LUNGODEGENZA CANALE ■ MEDICINA GENERALE ■ RIANIMAZIONE 	<ul style="list-style-type: none"> ■ CENTRO IGIENE MENTALE ■ CHIRURGIA ■ LUNGODEGENZA ■ PRONTO SOCCORSO

Gli **Infermieri** e **O.S.S.** di ruolo che desiderano presentare **domanda di mobilità** presso le succitate Strutture possono scaricare il modulo dal sito internet dell'ASL CN2 Alba-Bra _ sezione bandi_e_concorsi e riconsegnarlo (o spedirlo) debitamente compilato presso l'**UFFICIO PROTOCOLLO** - via Vida 10, Alba entro e non oltre le **ore 12 del 16/04/2015**. Le domande saranno oggetto di valutazione per la relativa graduatoria come da Regolamento Aziendale.

Si informa altresì che, in caso:

- a) il dipendente avesse acquisito competenze specifiche, con Master o precedenti esperienze lavorative importanti nell'area richiesta, potrà specificarlo sulla domanda in modo da poterle valutare
- b) il dipendente con limitazioni di mansioni, presenti domanda in un ambito in cui non fosse possibile inserirlo con tali prescrizioni, se il giudizio di idoneità redatto dal Medico Competente fosse confermato, potrà essere escluso dalla mobilità.

Li: 1/04/2015

IL DIRETTORE S.C. AMM.NE DEL PERSONALE
(Franco CANE)



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

DOMANDA di PARTECIPAZIONE all'AVVISO di MOBILITA' INTERNA
per INFERMIERI e O.S.S.
del 01/04/2015

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____

TEL: _____ /CELL: _____

QUALIFICA _____

S.C./SERVIZIO DI APPARTENENZA _____

DICHIARA

la veridicità di quanto contenuto nei dati sottostanti:

- **ANZIANITA' DI SERVIZIO** (Regolamento aziendale del 07/04/09 punto 3 comma a):

Segue →



- SITUAZIONE PERSONALE E FAMILIARE

- di essere unico genitore con figli conviventi minori - numero figli: _____
- figlio convivente minore fino a 12 anni - numero figli: _____
- famigliari conviventi portatori di handicap (L.104/92) o con invalidità 100% |__| SI |__| NO
- figli portatori di handicap (L.104/92) o con invalidità 100% |__| SI |__| NO

- SITUAZIONE DI RESIDENZA

- distanza chilometrica dalla sede di lavoro attuale al Comune di domicilio: _____

- **CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE** (Regolam. az.le 07/04/09 punto 3 comma d)
(è possibile allegare un documento con sintesi ordinata e specificare anche eventuali particolari competenze ottenute con superamento di Master universitario o attraverso un' esperienza lavorativa importante in area richiesta per mobilità)

- PER LA MOBILITA' SUL TERRITORIO:

di essere in possesso della patente di guida di tipo B: SI NO

E CHIEDE

LA MOBILITA' PRESSO LA/IL S.C./SERVIZIO con SEDE (Alba o Bra specificare):

Data _____ FIRMA _____