



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: aslc2@legalmail.it – www.aslc2.it

AVVISO di MOBILITA' INTERNA Per *INFERMIERI* a tempo pieno e indeterminato Per la S.S. HOSPICE

Gli Infermieri a tempo indeterminato con rapporto di lavoro a tempo pieno che desiderano presentare domanda di mobilità presso la Struttura Semplice dell'Hospice della sede di Bra trovano il modulo nel sito internet dell'ASLCN2 (http://www/pagine/ita/bandi_e_concorsi/) e devono consegnarlo (o spedirlo) debitamente compilato presso (al) l'UFFICIO PROTOCOLLO - via Vida 10, Alba entro e non oltre le ore 12 del **9 giugno 2017**

Le domande saranno oggetto di valutazione per la stesura della graduatoria come da Regolamento Aziendale. Sarà considerato titolo prioritario il Master in Cure Palliative e/o esperienza specifica in Area Medica. E' previsto inoltre un colloquio con la Coordinatrice e il Responsabile della S.S..

Alba/Bra, 24/05/2017

**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 a tempo pieno e indeterminato per la S.S. HOSPICE**

**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):

- **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

- **CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE** (Regolam. az.le 07/04/09 punto 3 comma d)
N.B. è possibile allegare un documento con sintesi ordinata specificando anche eventuali particolari competenze ottenute attraverso esperienze formative e/o lavorative espletate in area specifica prevista in questo bando

E CHIEDE

LA MOBILITA' PRESSO LA S.S. HOSPICE SEDE DI BRA

Data _____

FIRMA _____