



**AVVISO DI MOBILITA' INTERNA
PER N. 1 POSTO DI RESPONSABILE ATTIVITA' ASSISTENZIALI**

In attuazione della determinazione dirigenziale n° 401 del 11/11/2014 è stato stabilito di procedere alla indizione di una mobilità interna per la copertura di

**n. 1 posto di Responsabile Attività Assistenziali
presso CRA di Medicina**

a decorrere dal 31/12/2014 e riservato esclusivamente al personale dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda Servizi alla Persona Asp Circondario Imolese - attualmente in servizio - inquadrato in categoria C e nel profilo di Responsabile Attività Assistenziali.

Il personale dipendente interessato deve presentare apposita domanda, firmata in calce senza necessità di autentica (art. 39 D.P.R. n. 445/2000) e redatta in carta semplice secondo l'allegato schema.

In caso di accertamento di indicazioni non rispondenti a veridicità, la rettifica, successivamente alla data di scadenza del bando, non è consentita e il provvedimento favorevole non potrà essere emesso.

Alla domanda l'aspirante può allegare tutte le certificazioni che ritenga opportuno presentare agli effetti della valutazione.

L'aspirante deve allegare alla domanda un curriculum formativo e professionale datato e firmato.

La domanda deve essere consegnata direttamente dall'interessato all'Unità Operativa Affari Generali e Risorse Umane entro il termine perentorio del giorno 28 novembre 2014 alle ore 12.00.

L'eventuale riserva di invio di documenti è pertanto priva di effetti.
Non saranno ritenute valide le domande pervenute oltre il termine sopra indicato.
E' esclusa ogni altra forma di presentazione o trasmissione.

Ai fini della valutazione si disporrà complessivamente di 30 punti così ripartiti:

- massimo 10 punti per la valutazione del curriculum formativo e professionale
- massimo 20 punti per la valutazione dell'attitudine a ricoprire il posto all'interno del servizio effettuata mediante apposito colloquio

Il curriculum formativo e professionale sarà valutato dopo l'espletamento del colloquio attitudinale.

Il colloquio attitudinale si terrà il giorno 1° dicembre 2014 alle ore 10.00 presso la sede operativa dell'Asp Circondario imolese sita in Viale D'Agostino 2/a ad Imola. Il presente avviso vale come convocazione al colloquio per tutti coloro che avranno presentato domanda di mobilità, salvo diversa comunicazione.

La mancata presentazione al colloquio comporterà l'automatica esclusione dalla procedura di mobilità.

Al termine della procedura verrà stilata una graduatoria sulla base sia della valutazione attitudinale sia della valutazione del curriculum formativo e professionale.

L'idoneità sarà conseguita con un punteggio complessivo minimo pari a 21/30.

La graduatoria avrà validità di due anni a partire dalla data di pubblicazione all'albo dell'Azienda.

Il dipendente utilmente collocato al primo posto della graduatoria avrà tre giorni lavorativi di tempo dalla comunicazione dell'Azienda per accettare la nuova assegnazione, qualora rifiutasse sarà depennato dalla graduatoria e si procederà con il dipendente che segue.

L'assegnazione diverrà definitiva dopo il positivo superamento del periodo di prova. E' infatti previsto, ai sensi dell'art. 25 comma 4 del Regolamento degli uffici e dei servizi, un periodo di prova di 3 mesi nel posto ricoperto per verificare la professionalità specifica in possesso del dipendente individuato con la procedura de quo in relazione alle caratteristiche della struttura di assegnazione e la compatibilità dello stesso con la struttura.

L'Azienda non assume alcuna responsabilità per il caso di dispersione di comunicazioni, dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Per quanto non previsto dal presente avviso, si fa riferimento alle norme legislative, regolamentari e contrattuali nazionali, allo Statuto e ai Regolamenti dell'Azienda.

Copia del presente avviso può essere richiesta ai Responsabili di Area / Servizio e ai Coordinatori Socio Assistenziali delle strutture gestite dall'Azienda.

Per ogni richiesta di chiarimento è possibile rivolgersi all'Unità Operativa Affari Generali e Risorse Umane.

Imola, 11/11/2014

Il Direttore facente funzioni
Firmato Gilberta Ribani

Al Direttore
dell'Azienda Servizi alla Persona
Asp Circondario Imolese
sede operativa di Imola
Viale d'Agostino n. 2/a
40026 Imola BO

Il / la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____ recapito telefonico _____

chiede

di partecipare alla mobilità interna per la copertura di n. 1 posto di Responsabile Attività Assistenziali (RAA) presso CRA di Medicina.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 co.1 del medesimo D.P.R., nel caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- di essere dipendente con rapporto a tempo indeterminato dell' Asp Circondario Imolese a decorrere dal _____ con il profilo di "Responsabile Attività Assistenziali" categoria C fascia economica _____;
- di aver prestato servizio con il profilo di Responsabile Attività Assistenziali nelle seguenti pubbliche amministrazioni per i periodi sotto indicati:

Ente _____ dal _____ al _____
categoria giuridica _____ fascia economica _____
Ente _____ dal _____ al _____
categoria giuridica _____ fascia economica _____
Ente _____ dal _____ al _____
categoria giuridica _____ fascia economica _____
Ente _____ dal _____ al _____
categoria giuridica _____ fascia economica _____
Ente _____ dal _____ al _____
categoria giuridica _____ fascia economica _____

- di essere stato dichiarato idoneo alla mansione assegnata;
- che l'indirizzo al quale deve essere inviata ogni comunicazione è il seguente _____ recapito telefonico _____;

- di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni previste nell'avviso di mobilità;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali comunicati che saranno utilizzati unicamente per le finalità di gestione ed in relazione alla procedura per la quale vengono rilasciati ai sensi del D. Lgs. n° 196/2003.

Al fine della valutazione di merito, si allega:

○ curriculum formativo / professionale

○ _____

Data, _____

Firma

CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI PERSONALI

Cognome e Nome

Indirizzo

Telefono

E-mail

Nazionalità

Luogo e data di nascita

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a)

Pubblica Amministrazione

- Profilo professionale

- Date (da – a)

Pubblica Amministrazione

- Profilo professionale

- Date (da – a)

Pubblica Amministrazione

- Profilo professionale

- Date (da – a)

Pubblica Amministrazione

- Profilo professionale

- Date (da – a)

Pubblica Amministrazione

- Profilo professionale

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a)

- Nome e tipo di istituto di istruzione
o formazione

- Principali materie / abilità
professionali oggetto dello studio

- Qualifica conseguita, data e voto

- Iscrizione all'Albo professionale
dalla data

- Date (da – a)

- Nome e tipo di istituto di istruzione
o formazione

- Principali materie / abilità
professionali oggetto dello studio

- Qualifica conseguita, data e voto

- Iscrizione all'Albo professionale
dalla data

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita, data e voto
- Iscrizione all'Albo professionale dalla data

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita, data e voto
- Iscrizione all'Albo professionale dalla data

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita, data e voto
- Iscrizione all'Albo professionale dalla data

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato, ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE *Competenze non precedentemente*

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

indicate.

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

[Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc.]

ALLEGATI

[Se del caso, enumerare gli allegati al CV.]

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ residente a _____
Via _____ n. _____ dichiara sotto la propria
responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello
stesso nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 co. 1 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazioni mendaci, che quanto sopra
indicato corrisponde al vero.

Luogo e data _____

(Firma)