



**AVVISO DI MOBILITA' VOLONTARIA INTERNA PER LA COPERTURA DI POSTI DI
"SPECIALISTA ATTIVITA' SOCIALI" A TEMPO INDETERMINATO NELL'AREA
TERRITORIALE DUE**

SCADENZA ore 12.00 del 12/04/2016

IL DIRETTORE

Visto il vigente Regolamento sull'ordinamento degli uffici e servizi

RENDE NOTO

che è indetta una procedura di mobilità volontaria interna per la copertura di posti vacanti di
"SPECIALISTA ATTIVITA' SOCIALI" - Cat. D - presso l'Area Territoriale due

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Possono presentare la domanda i dipendenti di ASP in servizio a tempo indeterminato, inquadrati nel profilo professionale di "Specialista attività sociali" ai sensi della deliberazione del Consiglio di Amministrazione nr 6 del 27/02/2014

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

Il personale dipendente interessato deve presentare apposita domanda firmata in calce senza necessità di autentica e redatta in carta semplice secondo lo schema allegato, unitamente al Curriculum formativo e professionale datato e firmato.

L'Azienda si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati.

La domanda deve essere prodotta dall'interessato all'U.O. Affari Generali presso la sede operativa di Imola – V.le D'Agostino 2/a ovvero presso gli Sportelli Sociali di Medicina e Castel san Pietro Terme, entro e non oltre le ore 12.00 di martedì 12/04/2016

Le domande possono essere inviate anche tramite e-mail all'indirizzo personale@aspcircondarioimolese.bo.it.

L'eventuale riserva di invio di documenti è priva di effetti.

Non saranno ritenute valide le domande pervenute oltre il termine sopra indicato.

E' esclusa ogni altra forma di presentazione o trasmissione.

MODALITA' DI SELEZIONE:

Il Direttore coadiuvato dal Responsabile Area Servizi Sociali effettuerà una prima valutazione del Curriculum formativo-professionale presentato dai candidati unitamente alla domanda di partecipazione.

In caso di presenza di più domande, l'Amministrazione si riserva di elaborare una graduatoria dei candidati sulla base di un colloquio motivazionale e di approfondimento delle competenze possedute da tenersi avanti ad una Commissione giudicante che verrà nominata con successivo atto.

A parità di valutazione prederà il candidato che ha espresso la disponibilità a lavorare sul pluriambito.

In caso di ulteriore parità verranno prese in considerazione documentate situazioni familiari e personali che verranno previamente definite nell'atto di nomina della Commissione giudicante nel rispetto dei principi fissati dall'articolo 5 del vigente Regolamento sull'ordinamento degli uffici e dei servizi.

La data e il luogo di svolgimento dell'eventuale colloquio saranno comunicati ai candidati almeno 5 giorni prima della data stabilita per l'effettuazione dello stesso, tramite pubblicazione sul sito internet aziendale www.aspcircondarioimolese.bo.it.

L'eventuale trasferimento e la relativa decorrenza saranno concordati fra i Responsabili di Area territoriale sentito il Responsabile dell'Area Servizi Sociali.

Per quanto non previsto dal presente avviso, si fa riferimento al vigente Regolamento sull'ordinamento degli uffici e servizi ed alle disposizioni dettate in materia dai CCNL e dalle altre disposizioni normative vigenti.


Per richieste di informazioni inerenti il presente avviso è possibile rivolgersi all'U.O. Servizio Affari Generali e Risorse Umane dell'ASP Circondario Imolese, tel. 051/6947917 - fax 051/944644 - e-mail personale@aspcircondarioimolese.bo.it.

Copia integrale del presente avviso è consultabile nel sito Internet dell'Azienda al seguente indirizzo: www.aspcircondarioimolese.bo.it.

Al termine della selezione verrà pubblicato l'esito della stessa.

Castel San Pietro Terme, 25 marzo 2016

IL DIRETTORE
Stefania Dazzani



Al presente avviso è allegato un modello prestampato di domanda di partecipazione alla procedura di mobilità.

Al Direttore
dell'ASP Circondario Imolese
Via Matteotti 77
40024 Castel San Pietro Terme

DOMANDA DI AMMISSIONE A PROCEDURA DI MOBILITA' VOLONTARIA INTERNA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ C.A.P. _____
in via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____ email _____
C.F. _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di mobilità volontaria interna, per la copertura di posti di
"SPECIALISTA ATTIVITA' SOCIALF" a tempo indeterminato - Cat. D – presso l'Area Territoriale 2

DICHIARA

di possedere i requisiti prescritti dall'avviso ed in particolare:

- di prestare servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso il servizio
dal _____
e di essere attualmente inquadrato nella categoria D, con il profilo di _____;
- di avere l'idoneità alle mansioni del profilo;
- motivazione della richiesta:

- di avere i seguenti carichi familiari _____

DICHIARA INOLTRE

O di essere disponibile a lavorare sul pluriambito (Famiglie con Minori e Adulti/Anziani)

Allega alla presente domanda:

- dettagliato Curriculum formativo-professionale, datato e sottoscritto con allegato l'estratto della formazione effettuata nel triennio 2013-2015 così come risultante dal sito nazionale dell'Ordine Assistenti sociali

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
indicate.*

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

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

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

ALLEGATI

1. estratto della formazione effettuata nel triennio 2013-2015 dal sito nazionale dell'Ordine Assistenti sociali

2. _____

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)