



**AVVISO DI MOBILITA' VOLONTARIA INTERNA PER LA COPERTURA DI UN POSTO DI "ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO CONTABILE" – CATEGORIA C**

**SCADENZA ore 12.00 del 21/11/2016**

**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 un posto di "ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO CONTABILE" - Cat. C – presso l'UO Bilancio – sede di lavoro: Castel San Pietro Terme

**REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:**

Possono presentare la domanda i dipendenti di ASP in servizio a tempo indeterminato, in possesso dei seguenti requisiti:

inquadramento in categoria C

patente di guida categoria B

**PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:**

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 lo schema allegato, unitamente al Curriculum formativo e professionale datato e firmato.

Può partecipare alla selezione anche il personale a tempo parziale, purchè sia disponibile a rientrare a tempo pieno prima dell'assegnazione all'UO Bilancio.

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

In caso di accertamento di dichiarazioni non rispondenti a veridicità, la rettifica, successivamente alla data di scadenza del bando, non è consentita.

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

La domanda deve essere presentata **entro e non oltre il 21/11/2016 alle ore 12.00** con una delle seguenti modalità:

- consegna direttamente presso uno degli Sportelli sociali dell'Asp per l'acquisizione al protocollo dell'ente negli orari di apertura degli stessi
- invio tramite e-mail all'indirizzo [asp@aspcircondarioimolese.bo.it](mailto:asp@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 dell'UO Bilancio effettuerà una prima valutazione del Curriculum formativo-professionale presentato dai candidati unitamente alla domanda di partecipazione.

In caso di presenza di più domande, l'Asp si riserva di formulare una graduatoria dei richiedenti previo colloquio motivazionale e di approfondimento delle competenze possedute, i cui criteri di valutazione verranno esplicitati in sede di nomina della Commissione giudicante.

A parità di valutazione potranno essere prese in considerazione documentate situazioni familiari e personali quali, a titolo esemplificativo: numero di minori a carico e/o famigliari (oltre i figli, il coniuge, parente o affine entro il terzo grado comunque conviventi tutelati dall'art. 33 della Legge n. 104/1992), la ricongiunzione al nucleo familiare, la distanza della residenza dal posto di lavoro, esigenze derivanti dalla conciliazione tra attività lavorativa ed esigenze familiari.

La data e il luogo di svolgimento dell'eventuale colloquio saranno comunicati ai candidati almeno 8 giorni prima della data stabilita per l'effettuazione dello stesso, tramite pubblicazione sul sito internet aziendale [www.aspcircondarioimolese.bo.it](http://www.aspcircondarioimolese.bo.it).

L'eventuale trasferimento e la relativa decorrenza saranno concordati fra i servizi interessati.

Il dipendente individuato, per accettare l'assegnazione, avrà tre giorni lavorativi di tempo dalla data di ricevimento della nota di assegnazione in prova, qualora rifiutasse, sarà depennato dalla graduatoria.

Nel caso di dipendente attualmente inquadrato in altro profilo professionale l'assegnazione in prova decorrerà solo dopo la verifica dell'idoneità alla mansione senza limitazioni da parte del medico competente

L'assegnazione diverrà definitiva dopo il superamento di un periodo di prova di mesi 3. All'assegnazione definitiva conseguirà la modifica del profilo professionale del dipendente se ed in quanto necessaria

Si precisa che la sede di lavoro è Castel San Pietro Terme

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

Per richieste di informazioni inerenti il presente avviso è possibile rivolgersi al Responsabile dell'U.O. Servizio Affari Generali e Risorse Umane dell'ASP Circondario Imolese, dott.ssa Serena Nanni, tel. 051/6947917 - fax 051/944644 - e-mail [personale@aspcircondarioimolese.bo.it](mailto:personale@aspcircondarioimolese.bo.it).

Copia integrale del presente avviso è consultabile nel sito Internet dell'Azienda al seguente indirizzo: [www.aspcircondarioimolese.bo.it](http://www.aspcircondarioimolese.bo.it).

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

Castel San Pietro Terme, 20 ottobre 2016

IL DIRETTORE  
dott.ssa Stefania Dazzani



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

**All'ASP Circondario Imolese**  
**Via Matteotti 77**  
**40024 Castel San Pietro Terme BO**

**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. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla procedura di mobilità volontaria interna, per la copertura di n. 1 posto di  
"ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO CONTABILE" a tempo indeterminato - Cat. C – presso l'U.O.  
BILANCIO – sede Castel San Pietro Terme

**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 C, con il profilo di \_\_\_\_\_ categoria giuridica \_\_\_\_\_ fascia economica \_\_\_\_\_  
a tempo \_\_\_\_\_ (indicare se tempo pieno o parziale);
- di essere in possesso della patente di guida categoria B
- di essere disponibile, nel caso di regime di lavoro a tempo parziale, a rientrare a tempo pieno prima dell'eventuale assegnazione all'UO Bilancio
- motivazione della richiesta:

---

---

---

---

---

Allega alla presente domanda:

- dettagliato Curriculum formativo-professionale, datato e sottoscritto (*titolo di studio, attività svolta nella P.A. con indicazione del profilo professionale, dei servizi di assegnazione e relative mansioni, dei corsi di perfezionamento ed aggiornamento e tutto quanto concorra all'arricchimento professionale in rapporto al profilo da ricoprire*)
- dichiarazione sostitutiva corsi di formazione e di aggiornamento

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**

[ 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)

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_

a conoscenza delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

DICHIARA  
sotto la propria responsabilità

di aver partecipato ai seguenti Corsi di Formazione e di Aggiornamento qualificanti ed attinenti al posto da ricoprire:

Titolo del corso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
n. ore \_\_\_\_\_  
ovvero n. giorni \_\_\_\_\_  
con superamento di esame finale \_\_\_\_\_  
punteggio /valutazione esame finale \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_

Titolo del corso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
n. ore \_\_\_\_\_  
ovvero n. giorni \_\_\_\_\_  
con superamento di esame finale \_\_\_\_\_  
punteggio /valutazione esame finale \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_

*(spazio libero per eventuali altre dichiarazioni)*

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante  
Firma \_\_\_\_\_

