

PROTOCOLLO in uscita: SSIH/66599 del 20 gennaio 2023

Si invia solo a mezzo posta elettronica ex D.P.R. 445/2000 e D.Lgs. n. 82/2005 e ss.mm.ii. in sostituzione della posta ordinaria

Al personale Sanitaservice categoria B, posizione economica B3, Settore V - Igiene  
*per il tramite della Segreteria Sanitaservice*

e, p.c., Al Direttore Sanitaservice Settore V - Igiene  
*Dott. Nicola Pastore*  
personale@sanitaservicelecce.it

Alla R.S.U.

Alle OO.SS.

Alla Segreteria Sanitaservice  
segreteria@sanitaservicelecce.it

**Oggetto: Avviso pubblico di mobilità volontaria interna personale Sanitaservice categoria B, posizione economica B3, Settore V - Igiene**

Egregi Signori,

con riferimento a quanto in oggetto, è indetto Avviso di mobilità interna per il personale Sanitaservice assunto a tempo indeterminato e inquadrato nella categoria B, posizione economica B3, CCNL AIOP-ARIS personale non medico e in servizio presso il Settore V - Igiene, per 1 (uno) posto di autista la cui attività consiste nell'effettuare servizi di minuta logistica presso il D.S.S. Gallipoli.

#### REQUISITI AMMISSIONE

Per partecipare al presente Avviso di mobilità gli interessati dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:

1. essere dipendenti di Sanitaservice ASL Le S.r.l. Unipersonale a tempo indeterminato alla data di pubblicazione del presente avviso;
2. aver superato il periodo di prova;
3. essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego rilasciata dal Medico Competente Sanitaservice;
4. non avere limitazioni allo svolgimento delle mansioni, anche temporanee, certificate dal Medico Competente Sanitaservice;
5. non avere procedimenti disciplinari in corso;
6. non aver riportato sanzioni disciplinari, indipendentemente dalla loro natura, nel biennio antecedente la data di pubblicazione del presente Avviso;
7. non esser stato dichiarato vincitore e non aver beneficiato di altra mobilità volontaria interna negli ultimi 24 mesi.

## MODALITÀ E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE

Le domande di partecipazione al presente Avviso devono essere inoltrate, a pena di esclusione e in formato PDF (avente dimensione massima non superiore a 10 MB), esclusivamente in modalità telematica al seguente indirizzo di posta elettronica certificata [sanitaservice.aslleunipersonale@legalmail.it](mailto:sanitaservice.aslleunipersonale@legalmail.it) nel termine perentorio di 15 (quindici) giorni decorrenti dalla data di pubblicazione del presente Avviso.

È esclusa ogni altra forma di presentazione o di trasmissione della domanda.

Si fa presente che eventuali domande di mobilità volontaria inoltrate in data antecedente alla pubblicazione del presente Avviso o in data successiva alla decorrenza dei termini precitati non saranno prese in alcun modo in considerazione.

Si comunica, inoltre, che nell'eventualità dovessero pervenire, nel corso dei 15 (quindici) giorni di pubblicazione previsti dal "*Regolamento per la mobilità interna del personale Sanitaservice ASL Lecce*", facilmente reperibile sul sito aziendale, sezione "*Amministrazione trasparente - Organizzazione - Personale*", più domande da parte dello stesso candidato, sarà presa in considerazione esclusivamente la prima domanda presentata.

### COMMISSIONE ESAMINATRICE

La Commissione esaminatrice verrà nominata dall'Amministratore Unico con apposito provvedimento e a suo insindacabile giudizio, scegliendone i componenti all'interno della Società, tra coloro che sono assunti a tempo indeterminato. La stessa sarà composta da 3 (tre) membri, nel rispetto della parità di genere, di cui 1 (uno) con funzioni di Segretario.

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda i candidati devono allegare, pena esclusione:

1. "*Modulo dichiarazione mobilità volontaria (Allegato A)*", allegato alla presente, debitamente datato e firmato;
2. fotocopia del documento d'identità in corso di validità, debitamente datato e firmato;
3. *curriculum vitae* in formato europeo, debitamente datato e firmato in ogni sua pagina;
4. giudizio di idoneità specifica alle mansioni rilasciato dal Medico Competente Sanitaservice.

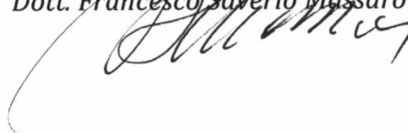
Si ribadisce che l'assenza della documentazione summenzionata comporterà l'automatica esclusione dal presente Avviso e che in caso di parità di punteggio verrà data preferenza all'età anagrafica, con prevalenza del candidato più giovane d'età.

Lo scrivente dispone, inoltre, la pubblicazione della presente nota e degli allegati sul sito istituzionale Sanitaservice, sezione "*Amministrazione trasparente - Atti e delibere*", a titolo di notifica agli effetti di legge e dalla cui pubblicazione decorreranno i termini per la presentazione telematica delle istanze di partecipazione alla mobilità volontaria interna.

Distinti saluti.

L'Amministratore Unico Sanitaservice

Dott. Francesco Saverio Massaro



**MODULO DICHIARAZIONE MOBILITÀ VOLONTARIA**

**(ALLEGATO A)**

Autocertificazione Titoli

(ai sensi dell'art. 46, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) il giorno \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_) alla via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, cellulare n. \_\_\_\_\_, indirizzo mail/PEC \_\_\_\_\_ attualmente in servizio a tempo indeterminato presso \_\_\_\_\_, inquadrato in categoria \_\_\_\_\_, posizione economica \_\_\_\_\_, CCNL AIOP-ARIS personale non medico, in possesso del giudizio di idoneità specifica alle mansioni rilasciato dal Medico Competente Sanitaservice, il quale non prescrive alcuna limitazione, chiede mobilità volontaria per la sede del D.S.S. Gallipoli.  
Consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere ex artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

<b>CRITERI</b>		
<b>Anzianità di servizio</b> <i>(Max 20 punti; 0,167 per ogni mese di servizio)</i>	Di essere assunto a tempo indeterminato in SanitaService ASL LE S.r.l. Unipersonale a decorrere dal	(Indicare giorno, mese e anno di assunzione a tempo indeterminato) _____
<b>Titoli accademici</b> <i>(Il titolo superiore assorbe quello inferiore)</i>	Di essere in possesso dei seguenti titoli accademici e di istruzione:	<u>Diploma di maturità</u> _____ rilasciato da _____ _____ in data _____ con seguente votazione _____ (0,5 punti)
		<u>Laurea triennale</u> _____ rilasciata da _____ _____ in data _____ con seguente votazione _____ (1 punto)
		<u>Laurea Magistrale o Specialistica</u> _____ rilasciata da _____ _____ in data _____ con seguente votazione _____

		<p>_____</p> <p>(1,5 punti)</p> <p><u>Master I° livello</u></p> <p>_____</p> <p>rilasciato da</p> <p>_____</p> <p>in data _____</p> <p>con seguente votazione</p> <p>_____</p> <p>(0,5 punti)</p> <p><u>Master II° livello</u></p> <p>_____</p> <p>rilasciato da</p> <p>_____</p> <p>in data _____</p> <p>con seguente votazione</p> <p>_____</p> <p>(0,5 punti)</p>
<p><b>Curriculum vitae in formato europeo</b></p> <p>(Max 2 punti)</p>	<p>Allego alla presente autocertificazione <i>curriculum vitae</i> redatto in formato europeo, <u>datato e firmato in ogni sua pagina a pena esclusione</u>, nel quale sono debitamente riportate le attività professionali e di studio, attestazioni di frequenza a congressi e convegni e/o seminari.</p>	
<p><b>Corsi di formazione della durata superiore a 3 giorni</b></p> <p>(0,5 punti a corso)</p>	<p><u>Denominazione Corso</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Della durata di giorni _____, con attestato rilasciato da _____</p> <p>_____</p> <p>in data _____</p>
	<p><u>Denominazione Corso</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Della durata di giorni _____, con attestato rilasciato da _____</p> <p>_____</p> <p>in data _____</p>
	<p><u>Denominazione Corso</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Della durata di giorni _____, con attestato rilasciato da _____</p> <p>_____</p> <p>in data _____</p>
	<p><u>Denominazione Corso</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Della durata di giorni _____, con attestato rilasciato da _____</p> <p>_____</p> <p>in data _____</p>

<p><b>Situazione familiare e personale</b> (Max 5 punti) (Barrare l'opzione o le opzioni pertinenti)</p>	<p>Coniuge/convivente/parte dell'unione civile a carico ai fini fiscali con riferimento all'ultima dichiarazione dei redditi: _____</p> <p>(specificare il numero delle persone fiscalmente a carico, con attribuzione di 1 punto per ciascuno di essi)</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Numero di figli a carico ai fini fiscali con riferimento all'ultima dichiarazione dei redditi: _____</p> <p>(specificare il numero delle persone fiscalmente a carico, con attribuzione di 1 punto per ciascuno di essi)</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Vedovo/a, separato/a legalmente e effettivamente, divorziato/a, ragazzo/a padre/madre, a condizione che vi siano minori o conviventi fiscalmente a carico con riferimento all'ultima dichiarazione dei redditi: _____</p> <p>(specificare la condizione personale, con attribuzione di 1 punto)</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Lavoratore assistente di portatore di handicap ex L. n. 104/1992 (2,5 punti)</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Titolare dei benefici ex L. n. 104/1992 per se stesso (5 punti)</p>	
<p><b>Residenza</b> (Max 3 punti)</p>	<p>Distanza della residenza dalla sede di lavoro di nuova assegnazione (Barrare l'opzione pertinente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Sino a 25 km (1 punto)</li> <li>o Da 26 km a 50 km (2 punti)</li> <li>o Da 51 km in poi (3 punti)</li> </ul>

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Firma (per esteso e leggibile)**

\_\_\_\_\_

Allegati, pena esclusione:

- .fotocopia del documento d'identità in corso di validità, datato e firmato;
- .curriculum vitae in formato europeo, datato e firmato in ogni sua pagina;
- .giudizio di idoneità specifica alle mansioni rilasciato dal Medico Competente Sanitaservice.