



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

SOC GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI

Sede legale: Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Sede Operativa Omegna Tel 0323 868370 e-mail: osru@aslvco.it
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541439-411 e-mail: previdenza@aslvco.it
Sede Operativa Domodossola Tel 0323 491430 e-mail: stipendi@aslvco.it

AVVISO DI MOBILITA' ORDINARIA AZIENDALE RISERVATO AL PERSONALE DIPENDENTE PER N. 1 POSTO DI ASSISTENTE AMMINISTRATIVO DA DESTINARE ALLA SOC FARMACIA A TEMPO PIENO

A detto avviso può partecipare esclusivamente il personale dipendente del Ruolo Amministrativo ed in servizio a tempo indeterminato, con la qualifica di Assistente Amministrativo, a tempo pieno che abbia superato il periodo di prova.

L'istanza, da redigersi in carta semplice ed esclusivamente sull'apposito modulo, reperibile presso la Struttura Complessa Gestione Personale e Relazioni Sindacali, dovrà essere presentata

ENTRO IL GIORNO 18 APRILE 2023

all'Ufficio Protocollo - Via Mazzini 117 - Omegna.

Le istanze presentate verranno valutate con i criteri di cui all'accordo integrativo aziendale sottoscritto in data 28.11.2008 e recepito con deliberazione n. 888 del 11/12/2008, sulla base dell'anzianità di servizio, della situazione familiare, della residenza anagrafica, come di seguito specificato:

- Servizi prestati	Massimo Punti 20
- Situazione familiare	Massimo Punti 5
- Residenza Anagrafica	Massimo Punti 5
- Curriculum formativo	Massimo Punti 10
- Colloquio	Massimo Punti 15

Le domande saranno valutate da un'apposita Commissione nominata secondo i criteri previsti dal punto 4 Allegato E dell'accordo integrativo aziendale del 28.11.2008, approvato con deliberazione n.888 del 11.12.2008.

La graduatoria derivante dal presente avviso di mobilità ordinaria, sarà utilizzabile per tutte le eventuali necessità di assegnazione alla Struttura di che trattasi, anche in via temporanea, nelle more del riassetto organizzativo dell'Azienda.

L'A.S.L. si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere o prorogare gli effetti del presente bando, qualora ne rilevasse l'opportunità o la necessità, con provvedimento motivato.

Il presente avviso, correlato dal relativo modulo, sarà pubblicato all'albo ufficiale dell'ASL nonché nel sito Intranet aziendale

Omegna, 3 Aprile 2023

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO AZIENDALE

(Avv. Cinzia Meloda)



SC/BR/bl





A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

ALLA SOC
GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI
SEDE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Chiede di essere ammesso all'avviso di

MOBILITA' INTERNA ORDINARIA

riservato al personale dipendente a tempo indeterminato con la qualifica di _____

_____ per l'assegnazione alla SOC
Farmacia a tempo pieno.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28/10/2000 n. 445 e per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Di essere dipendente a tempo indeterminato e a tempo pieno con la qualifica di _____ presso _____

che il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere inviata ogni necessaria comunicazione è il seguente:

Cognome e nome _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ TEL _____

Che il proprio nucleo familiare si compone di :

_____ nato a _____ il _____
cognome e nome _____ grado di parentela _____





A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

_____ nato a _____ il _____
cognome e nome _____ grado di parentela _____

_____ nato a _____ il _____
cognome e nome _____ grado di parentela _____

_____ nato a _____ il _____
cognome e nome _____ grado di parentela _____

Alla fine della valutazione di merito, il/la sottoscritto/a presenta i documenti utili a certificare situazioni di disagio familiari e personali.

Che la distanza chilometrica tra il comune di residenza e l'attuale sede di assegnazione è di KM _____

Che la distanza chilometrica tra il comune di residenza e nuova sede di assegnazione è di KM _____

Di aver prestato servizio presso le Unità Organizzative – altri Enti Pubblici e/o Strutture private/convenzionate come di seguito indicato :

Periodo dal	al	QUALIFICA	PRESSO

Si allega curriculum formativo

Data _____ Firma _____

