



**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 FORMAZIONE**

Sede legale : Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)

Sede Operativa Omegna Tel 0323 868370 Fax 0323 868371 e-mail : osru@aslvco.it

Sede Operativa Verbania Tel 0323 541439-411 Fax 0323 541415 e-mail : previdenza@aslvco.it

Sede Operativa Domodossola Tel 0323 491430 Fax 0323 491260 e-mail: stipendi@aslvco.it

### **AVVISO DI MOBILITA' ORDINARIA AZIENDALE RISERVATO AL PERSONALE DIPENDENTE PER N. 1 POSTO DI COADIUTORE AMMINISTRATIVO CAT. B) DA DESTINARE AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE A TEMPO PIENO**

A detto avviso può partecipare esclusivamente il personale dipendente del Ruolo Amministrativo ed in servizio a tempo indeterminato da almeno un anno presso la stessa U.O., con la qualifica di Coadiutore Amministrativo Cat. B) a tempo pieno.

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

**ENTRO LE ORE 12.00 DEL GIORNO 16 DICEMBRE 2019**

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 30
- Situazione familiare	Massimo Punti 8
- Residenza Anagrafica	Massimo Punti 7

Le domande saranno valutate da un'apposita Commissione composta dal Direttore Amministrativo Aziendale o suo delegato, da Due Direttori di UU.OO. interessate o loro delegati.

La graduatoria derivante dal presente avviso di mobilità ordinaria, sarà utilizzabile per tutte le eventuali necessità di assegnazione alla SOC 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, 14 Novembre 2019

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO AZIENDALE**  
(Dott.ssa Anna Cerja)



**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 FORMAZIONE  
**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 al  
Dipartimento di Prevenzione 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

\_\_\_\_\_ nella categoria \_\_\_\_\_ livello Economico \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_



**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

Che il proprio nucleo familiare si compone di :

\_\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_ 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

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

