



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 RISORSE UMANE

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 COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE CAT. D) – DS) DA DESTINARE ALLA SOC FORNITURE E LOGISTICA

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 Collaboratore Amministrativo Professionale Cat. D) – Ds).

L'istanza, da redigersi in carta semplice ed esclusivamente sull'apposito modulo, reperibile presso la Struttura Complessa Gestione Risorse Umane, dovrà essere presentata

ENTRO LE ORE 12.00 DEL GIORNO 20 MARZO 2014

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, della formazione professionale e del colloquio, come di seguito specificato :

- | | |
|--------------------------------------|------------------|
| - Servizi prestati | Massimo Punti 15 |
| - Situazione familiare | Massimo Punti 5 |
| - Residenza Anagrafica | Massimo Punti 3 |
| - Curriculum formativo professionale | Massimo Punti 20 |
| - Colloquio | Massimo Punti 22 |

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

L'eventuale graduatoria derivante dal presente avviso di mobilità ordinaria, sarà utilizzabile per tutte le future necessità.

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, 5 Marzo 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO AZIENDALE
(Dott. Rino Bisca)



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 RISORSE UMANE
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 Forniture e

Logistica.

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 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

Si allega curriculum formativo

Data _____ Firma _____