



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

DELIBERAZIONE N. 257

Adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data - 4 MAR 2015

OGGETTO: Indizione mobilità interna per la copertura di un posto di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere – categ.D per la S.C. ANATOMIA PATOLOGICA

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 4 MAR. 2015 per 15 gg. consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott.ssa Graziella Pintus

coadiuvato dal

Direttore Amministrativo

Dott.ssa Laura Balata

Direttore Sanitario

Dott. Nazzareno Pacifico

SU proposta del Direttore della SC Amministrazione del Personale

VISTA la comunicazione prot. int..757 del 17.02.2015 con la quale il Direttore della Struttura Complessa di Anatomia Patologica rappresenta la necessità di acquisire una unità di personale appartenente al profilo di Collaboratore Professionale Sanitario- Infermiere in sostituzione di una unità collocata a riposo;

PRECISATO che presso la suddetta Struttura, come rappresentato dal Direttore nella nota che si riscontra, il personale infermieristico svolge la propria attività assistenziale occupandosi di particolari compiti, quali l'accettazione, la verifica e lo smistamento dei pezzi operatori e delle biopsie, nonché della registrazione e dell' inserimento dei dati sensibili dei pazienti nel sistema informatico aziendale, sino all'archiviazione e consegna dei referti;

VALUTATA l'opportunità, per far fronte alle esigenze di cui sopra, di attivare procedura di mobilità interna ordinaria, riservata al personale dipendente a tempo indeterminato che riveste presso questa Azienda Ospedaliera la qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario- Infermiere – categ. D da assegnare alla Struttura Complessa di Anatomia Patologica

RITENUTO pertanto di indire apposito avviso di mobilità interna per titoli ed eventuale colloquio, ai sensi dell'articolo 18, comma 3 del CCNL integrativo 20/09/2001, come modificato dall'art.3 del CCNL 31/07/2009 del Comparto Sanità, riservato al personale dipendente a tempo indeterminato appartenente al profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario- Infermiere – categ. D, in servizio presso questa Azienda Ospedaliera, da assegnare alla Struttura Complessa di Anatomia Patologica e di approvare contestualmente lo schema di avviso di mobilità, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

VISTO il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

D E L I B E R A

Per le motivazioni esposte in premessa:

- 1) di indire ai sensi dell'articolo 18, comma 3 del CCNL integrativo 20/09/2001, come modificato dall'art.3 del CCNL 31/07/2009 del Comparto Sanità, avviso di mobilità ordinaria nell'ambito dell'Azienda, riservato al personale dipendente a tempo indeterminato appartenente al profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario- Infermiere – categ. D, in servizio presso questa Azienda Ospedaliera, da assegnare alla Struttura Complessa di Anatomia Patologica;
- 2) di approvare lo schema di avviso di mobilità, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. ssa Graziella Pintus



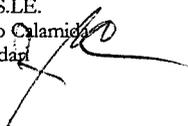
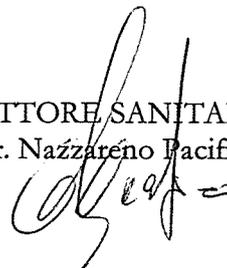
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata



IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Nazzeno Pacifico





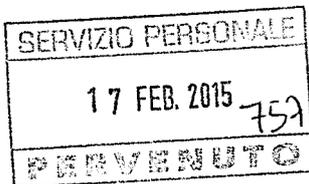
REGIONE AUTONOMA DELLASARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

Prot. n. 25 /15

Struttura Complessa ANATOMIA PATOLOGICA

Cagliari 16 febbraio 2015



Al Sig. Commissario Straordinario
Dott.ssa Graziella Pintus

Al Sig. Direttore Sanitario
Dottor Nazzareno Pacifico

e p.c. Al Sig. Direttore S. C. del Personale
Dott. Maurizio Calamida

Al Sig. Direttore Dipartimento Servizi
Dr. Pier Paolo Bacchiddu
LORO SEDI

Oggetto: Sostituzione personale infermieristico per la S.C. di Anatomia Patologica (del.1726 del 6/10/2014.

A seguito dell'imminente collocamento in quiescenza, con decorrenza dal prossimo 01 Marzo, della Sig.ra **Raffaella Cocco**, in servizio presso la ns. Struttura con la qualifica di **Coll. Prof.le Sanit. / Infermiere - D**, si richiede l'attivazione urgente delle procedure finalizzate alla sostituzione della figura professionale in oggetto.

Si evidenzia che la presente richiesta riveste carattere di assoluta priorità ed urgenza al fine di evitare che questa S.C. si trovi sprovvista, anche solo temporaneamente, della figura di un Coll. Sanit. Infermiere, che nell'ambito della ns. organizzazione è addetto ad attività cruciali, quali: Accettazione, verifica e smistamento dei pezzi operatori e delle biopsie. Tale operatore dovrà avere **capacità organizzative**, tali da poter indicare **ordini di priorità**, **l'applicazione** ed il rispetto delle **procedure di Accettazione** e discernere sulla **appropriatezza delle richieste**. Inoltre dovrà attuare correttamente le **procedure di registrazione** e **inserimento dati sensibili** nel nostro sistema informatico "ARMONIA"; provvede infine all'**archiviazione** e **consegna dei referti**, interfacciandosi ed intrattenendo relazioni professionali con i Reparti, con l'Utenza Esterna e con le Altre Strutture (Ospedali; Centro Regionale Trapianti e Consulenti).

In attesa di un Vostro cortese riscontro, porgo distinti saluti.

Dr. Gualtiero Catani



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

AVVISO DI MOBILITA' ORDINARIA INTERNA

In esecuzione della deliberazione n. _____ del ____/____/2015 è indetto un avviso di mobilità ordinaria interna rivolto ai dipendenti di questa Azienda Ospedaliera inquadrati nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere - categ.D, da assegnare alla Struttura Complessa di ANATOMIA PATOLOGICA.

Possono presentare domanda di partecipazione alla mobilità coloro che, dipendenti di questa Azienda Ospedaliera, abbiano superato il periodo di prova e risultino inquadrati nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere - categ.D.

FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA –

Nella formulazione della graduatoria la Commissione prenderà in considerazione:

- **anzianità di servizio a tempo indeterminato nella categoria di appartenenza, nonché sulla valutazione del curriculum formativo e professionale;**
- **Nello specifico caso, verranno valutate le competenze avanzate informatiche e la conoscenza del sistema SISAR , con particolare riferimento alle procedure di registrazione e inserimento dati sensibili.**
- **In considerazione delle peculiarità della Struttura Complessa nella quale confluiscono le attività di accettazione, verifiche e smistamento dei pezzi operatori e delle biopsie, verranno valutate, eventualmente mediante un colloquio, le capacità organizzative del candidato, in ordine alle priorità ed al rispetto delle suddette procedure, nonché la predisposizione del candidato di discernere l'appropriatezza delle richieste afferenti alla Struttura e l'applicazione delle procedure specifiche di accettazione e ricezione.**

- MODALITA'PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Gli interessati dovranno presentare la domanda di partecipazione all'avviso, redatta in carta libera ed utilizzando esclusivamente gli ALLEGATI A (DOMANDA) e B (CURRICULUM) indirizzandola al **COMMISSARIO STRAORDINARIO dell'Azienda Ospedaliera G.Brotzu, Piazzale A.Ricchi, Cagliari.**

Le domande dovranno essere inoltrate, entro e non oltre il **10° giorno** successivo alla data di pubblicazione dell' avviso di mobilità interna sul sito internet aziendale www.aobrotzu.it - Sezione Concorsi e Selezioni .

Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al giorno successivo non festivo.

La data di spedizione è comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante.

E' ammessa anche la presentazione della domanda, entro i termini di scadenza del bando, direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda.

L'Azienda si riserva la facoltà di controllare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dal candidato con le modalità e nei termini previsti dalle vigenti disposizioni.

Per quanto non previsto dal presente bando, valgono le disposizioni legislative e contrattuali vigenti in materia.

L'AOB si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente bando, qualora ricorrano motivi di pubblico interesse o disposizioni di legge, senza che per i concorrenti insorga alcuna pretesa o diritto.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr.ssa Graziella Pintus

ALLEGATO A
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
AL SIG.
COMMISSARIO STRAORDINARIO
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA G.BROTZU
PIAZZALE A.RICCHI
09134 CAGLIARI

l sottoscritt_ _____
nat_ a _____ il _____
(prov) _____ residente in Via /Piazza _____
nr. _____ Comune di _____ c.a.p. _____ Prov. _____

CHIEDE

di essere ammess_ a partecipare all'avviso di mobilità interna rivolto al personale in servizio a tempo indeterminato nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere - categ.D, per per la S.C. ANATOMIA PATOLOGICA

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la personale responsabilità:

-di prestare attualmente servizio a tempo indeterminato nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere presso la struttura _____ dal _____

indirizzo al quale deve essere trasmessa ogni necessaria comunicazione inerente al presente avviso è il seguente: _____

tel: _____

l sottoscritt_ autorizza, ai sensi del decreto legislativo 30.6.2003 n. 196, l'Azienda Ospedaliera G.Brotzu di Cagliari al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente nell'ambito dello svolgimento dell'avviso, per le finalità inerenti la gestione del rapporto medesimo.

data _____

(firma) _____

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente in

Via/Piazza _____

Località _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____

in riferimento all'Avviso di Mobilità Interna indetto con Deliberazione n. _____ del _____ **consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità, ai sensi del predetto D.P.R.,**

DICHIARA QUANTO SEGUE

TITOLI DI STUDIO

Diploma Infermiere _____

Conseguito il _____

Presso: _____

Titolo di studio (laurea): _____

Conseguito il _____

presso: _____

Altre informazioni (es. titolo tesi):

Titolo di studio (dottorato di ricerca): _____

Conseguito il _____

presso: _____

Altre informazioni: _____

Titolo di studio (specializzazione post universitaria o master universitario): _____

Conseguito il _____

presso: _____

Altre informazioni: _____

ESPERIENZE PROFESSIONALI

1) Data di inizio e di fine attività/incarico: _____

Ente/soggetto per il quale è stata svolta l'attività: _____

Profilo professionale ricoperto: _____

Mansioni svolte: _____

Descrizione dell'attività: _____

Settore/i di attività: _____

Articolazione dell'orario di servizio (se su tre turni e a tempo pieno ovvero se con riduzione dell'orario lavorativo o con eventuali limitazioni) _____

2) Data di inizio e di fine attività/incarico: _____

Ente/soggetto per il quale è stata svolta l'attività: _____

Profilo professionale ricoperto: _____

Mansioni svolte: _____

Descrizione dell'attività: _____

Settore/i di attività: _____

Articolazione dell'orario di servizio (se su tre turni e a tempo pieno ovvero se con riduzione dell'orario lavorativo o con eventuali limitazioni) _____

3) Data di inizio e di fine attività/incarico: _____

Ente/soggetto per il quale è stata svolta l'attività: _____

Profilo professionale ricoperto: _____

Mansioni svolte: _____

Descrizione dell'attività: _____

Settore/i di attività: _____

Articolazione dell'orario di servizio (se su tre turni e a tempo pieno ovvero se con riduzione dell'orario lavorativo o con eventuali limitazioni) _____

ALTRE ESPERIENZE UTILI

(elencare attività presenti o passate, SOLO SE PERTINENTI con il presente Avviso):

EVENTUALI PUBBLICAZIONI RILEVANTI AI FINI DELLA DOMANDA

CONOSCENZE INFORMATICHE (con particolare riferimento al sistema SISAR)

-

-

Data _____

FIRMA _____

ALLEGA FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'