

Sede Legale Viale Strasburgo n.233

90146 Palermo Tel 0917801111

P.I. 05841780827

**ATTO DI INTERPELLO INTERNO**

**Scadenza termine presentazione domande \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# **Il DIRETTORE GENERALE**

Considerata la richiesta, rappresentata dal Responsabile dell’Incarico di Funzione del Servizio Sociale, d.ssa Sabatino Graziella, di avere assegnato personale addetto al Servizio di Accoglienza Attiva del P.O. “V.Cervello ” in sostituzione del dipendente collocato in quiescenza;

Preso atto della necessità, valutata dalla stessa, di adempiere agli obblighi previsti dalle norme nei confronti dei pazienti stranieri ricoverati;

**AVVISA**

Il personale dipendente a tempo indeterminato, dell’area del Comparto appartenente a:

**Ruolo amministrativo profilo professionale coadiutore amministrativo ctg. B/Bs;**

o in subordine

**Ruolo sanitario con limitazioni alla mansione**

di far pervenire dichiarazione di disponibilità ad essere assegnato presso il Servizio di Accoglienza Attiva del P.O. “V. Cervello” nell’ambito del Servizio Sociale aziendale per prestare la propria attività nel profilo professionale di appartenenza;

**Per tale attività è richiesta n. 1 unità di personale dei profili e ruoli sopra indicati.**

Per le particolarità delle attività da espletare nell’ambito del sopra enunciato Servizio, il personale dovrà avere una attitudine alle relazioni interpersonali.

Al fine di verificare la predisposizione del dipendente allo svolgimento delle attività connesse al Servizio di Accoglienza Attiva, il personale dipendente, che presenterà istanza di partecipazione al presente avviso interno, sarà sottoposto ad un colloquio effettuato dal Responsabile di Funzione del Servizio Sociale.

L’Avviso è riservato al personale dipendente a tempo indeterminato dell’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello appartenente ai profili professionali sopra specificati.

**Requisiti di ammissione:**

1. essere dipendente di questa A.O.O.R. Villa Sofia Cervello con rapporto di lavoro a tempo indeterminato dell’area del Comparto appartenente ai seguenti ruoli e profili professionali:

**per il ruolo amministrativo:**

Coadiutore amministrativo ctg. B e/o Bs;

**per il ruolo sanitario**

Solo il personale con limitazioni

1. **solo per il personale sanitario**: essere in possesso di limitazioni anche parziali o prescrizioni alla mansione come da certificazione del Medico Competente;

**Domanda di partecipazione alla manifestazione di interesse:**

La domanda di partecipazione (fac simile allegato), con la quale si dichiara la disponibilità ad essere trasferito presso il Servizio Sociale per le attività connesse al Servizio di Accoglienza Attiva del P.O. “V. Cervello nell’ambito del profilo professionale di appartenenza, deve essere redatta in carta libera, sottoscritta dal dipendente, indirizzata all’ U.O.C. Risorse Umane, Viale Strasburgo, 233 Palermo e presentata all’Ufficio Protocollo o inviata a mezzo posta elettronica all’indirizzo [risorseumane@villasofia.it](mailto:risorseumane@villasofia.it), entro il settimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito internet dell'Azienda.

Scaduti i termini di presentazione delle domande, le stesse saranno trasmesse al Responsabile di Funzione del Servizio Sociale a cui sarà affidata la scelta sulla base della valutazione circa l’attitudine allo svolgimento delle attività connesse al Servizio di Accoglienza Attiva, emersa dall’esito del colloquio previsto dal presente avviso.

Informazioni in ordine all’avviso possono essere assunte presso il Servizio Sociale Aziendale.

Il Dirigente Amministrativo

Resp.le dell’U.O.C. Risorse Umane

Dr.ssa Maria Rosa G. Sanfilippo

Il Direttore Generale

Dott. Walter Messina

Fac-Simile della domanda

(da redigere in carta libera)

Al Responsabile U.O.C. Risorse Umane

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (provincia di \_\_\_\_\_\_),Via/ Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dichiara la propria disponibilità ad essere trasferito presso il Servizio Sociale aziendale per svolgere le attività connesse al Servizio di Accoglienza Attiva del P.O. “V. Cervello nell’ambito del profilo professionale di appartenenza, per svolgere le mansioni proprie della qualifica di inquadramento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, come da avviso pubblicato sul sito internet dell’Azienda.

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità

**D I C H I A R A**

1. di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. di essere dipendente di questa Azienda con la qualifica di (*specificare per quale qualifica partecipare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_;
4. **per il personale del ruolo amministrativo***:* di non trovarsi in particolari condizioni di salute che impediscano il regolare espletamento delle mansioni proprie della qualifica di appartenenza
5. **per il personale sanitario**: di essere in possesso di limitazioni anche parziali o prescrizioni alla mansione come da certificazione del Medico Competente per il personale del ruolo sanitario;
6. di autorizzare codesta Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs.196 del 2003, ai fini dell’espletamento della presente procedura;
7. che l’indirizzo al quale deve essere fatta pervenire qualsiasi comunicazione relativa alla presente selezione è il seguente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare anche eventuale indirizzo di posta elettronica:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma per esteso

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_