



**DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
S.C. GESTIONE DEL PERSONALE**

Trieste, *data della firma digitale*

Prot. N.

Servizio :

Responsabile del procedimento:

dott.ssa Cristina Turco_tel. 040 3995141/5098

E mail: segrateria.personale@asuits.sanita.fvg.it

Al personale del comparto dell'A.S.U.I. di
Trieste

Rif.

Oggetto: C.U.P. dell'ASUITS.

Si comunica l'indizione di una ricognizione interna finalizzata al trasferimento di personale presso il Centro Unico di Prenotazione (C.U.P.) dell'ASUITS.

La presente procedura è rivolta al **personale del comparto a tempo indeterminato dell'ASUITS, con profilo non inferiore alla cat. B**, in possesso dei seguenti **requisiti di ammissione:**

- a) aver maturato esperienza professionale di almeno 12 mesi prevalentemente nell'attività di sportello ed a contatto con il pubblico;
- b) disponibilità a svolgere l'attività su sei giorni lavorativi, mattina e pomeriggio, presso le sedi di Cattinara, Maggiore, Opicina, Aurisina, via Nordio e Distretto 4, con flessibilità di orario e di sede;
- c) essere in possesso di limitazioni alle mansioni del profilo di appartenenza riconosciute dal Medico Competente.

I dipendenti interessati possono presentare istanza alla segreteria della SC Gestione del Personale (via del Farneto 3, V piano st. 539), compilando l'allegato modulo ed allegando un curriculum vitae in forma di autocertificazione, **entro il giorno 03.06.2019.**

Le candidature verranno valutate ed eventualmente accolte in relazione al possesso dei suddetti requisiti e compatibilmente con le esigenze della struttura di provenienza.

**IL DIRETTORE DELLA SC
GESTIONE DEL PERSONALE
dott.ssa Cristina TURCO
(sottoscritto digitalmente)**

Al Direttore SC Gestione del Personale
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di
Trieste

Il/la

sottoscritto/a.....manifesta la propria disponibilità al trasferimento presso il C.U.P., in relazione al comunicato emesso dall'Azienda.

A tal fine dichiara, sotto propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, **consapevole della veridicità di quanto dichiarato e delle eventuali sanzioni penali di cui all'art. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di false dichiarazioni, dichiara di** *(barrare la casella di interesse e specificare quanto richiesto):*

- aver maturato esperienza professionale di almeno 12 mesi prevalentemente nell'attività di sportello ed a contatto con il pubblico;
- essere in possesso di limitazioni alle mansioni del profilo di appartenenza riconosciute dal Medico Competente.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità di gestione del concorso presso una banca dati autorizzata, ai sensi del D.Lgs. 101/18
- che l'indirizzo email – con l'impegno di comunicare ogni eventuale variazione – al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

Allega alla presente manifestazione d'interesse:

1. il curriculum formativo e professionale datato e firmato
2. copia di un documento d'identità.

Data.....

Firma.....