

**Manifestazione d'interesse allo spostamento riservato al personale OSS afferente all'Ospedale
S.M.Goretti per eventuale assegnazione presso
UOSD DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE e PS OTORINO/OCULISTICO**

| | |
|------------------------|---|
| Struttura proponente: | UOS Assistenza Infermieristica e Ostetrica DEA II Livello |
| Qualifica interessata: | OSS |
| Scadenza: | 08/11/2025 |

Premessa

L'OSS in servizio presso la **UOSD Day Surgery e PS Otorino/Oculistico** è una figura di supporto che svolge un ruolo fondamentale per i pazienti dalla presa in carico fino alla dimissione, collaborando con l'équipe sanitaria. Considerata la tipologia di pazienti trattati, l'OSS della **UOSD Day Surgery e PS Otorino/ Oculistico** è un operatore in possesso di capacità relazionale, di spirito proattivo e di inclinazione al miglioramento continuo delle competenze. La presente manifestazione è redatta secondo il Regolamento Aziendale "Mobilità interna-Area Comparto".

Requisiti di partecipazione

Possono partecipare i dipendenti a tempo indeterminato con almeno due anni di permanenza nell'ultima unità operativa di assegnazione.

Commissione

La Commissione sarà formata da Dirigente Professioni Sanitarie in qualità di Presidente, da due dipendenti con incarichi di organizzazione in qualità di Componenti di Commissione. La commissione avrà a disposizione 20 punti per titoli e 20 punti per l'eventuale colloquio, suddivisi così come da regolamento indicato, per stilare una graduatoria di merito per l'unità operativa.

La graduatoria avrà validità di due anni

Perfezionamento dello spostamento

Nel caso in cui non siano previste nuove assunzioni di personale, lo spostamento del dipendente posizionato utilmente nella graduatoria, potrà avere luogo solo ed esclusivamente se nella unità operativa di appartenenza non sussista la necessità di sostituzione. Il perfezionamento dello spostamento avrà luogo dopo l'emissione del giudizio del Medico Competente.

Modalità di presentazione della domanda.

Le domande dovranno essere inviate, utilizzando il modulo allegato all'indirizzo mail: avvisi.professionisanitarie@ausl.latina.it unitamente a Curriculum formativo/professionale in formato europeo stilato con la formula di autodichiarazione ai sensi del DPR 445/2000, debitamente firmato e datato che riporti, in modo sintetico, le esperienze ritenute rilevanti ai fini dell'assegnazione.

Alla domanda va allegata copia di documento in corso di validità.

NON saranno accettate domande presentate oltre la data di scadenza, inviate con modalità o in forma diversa e compilate in modo incompleto o non chiaro.

ALLEGATO 1

**Oggetto: Domanda di partecipazione alla manifestazione di interesse riservata al personale OSS
afferente all’Ospedale S.M.Goretti per eventuale assegnazione presso la
UOSD DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE e PS OTORINO/OCULISTICO**

I sottoscritt_ _____, nat_ a _____ (Prov._____) il
_____, residente in _____, (CAP_____),
Via _____, n._____ domiciliat_ in
_____, (CAP_____), Via _____ n._____
Tel._____ email_____ matr._____

DICHIARA

*la propria disponibilità all’eventuale assegnazione presso la
UOSD DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE E PS OTORINO/OCULISTICO*

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall’art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità dichiara:

1. di essere dipendente a tempo indeterminato con almeno 2 anni di permanenza nell’ultima unità operativa di assegnazione dell’Ospedale di Latina con la qualifica di _____;
2. di prestare servizio presso _____ dal _____;
3. che attualmente lavora su 1 turno 2 turni 3 turni;
4. che quanto riportato nell’allegato curriculum corrisponde a verità;
5. di aver letto e di accettare tutte le condizioni della manifestazione di interesse;
6. ai sensi del D.Lgs n. 196/03, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge.
7. di allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Data, _____ firma _____

Si allega curriculum formativo e professionale datato e firmato