



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

C.F. 001151150867

PUBBLICAZIONE

www.asp.enna.it

Dal 10 GIUGNO 2019
Al 12 GIUGNO 2019

**AVVISO DI MOBILITA' INTERNA PER N. 2 POSTI DI COLLABORATORE
PROF.LE SANITARIO TECNICO DI LABORATORIO PER L'U.O. DI PATOLOGIA
CLINICA DELLO S.O. " F.B.C." DI LEONFORTE**

IL DIRETTORE GENERALE

RENDE NOTO

Che sono riaperti i termini della procedura di mobilità interna, ai sensi dell'art.18 del CCNL 20.09.2001– area Comparto, per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore prof.le Sanitario Tecnico di Laboratorio per l'U.O. di Patologia Clinica dello S.O. " F.B.C. " di Leonforte che da 1 vengono elevati a 2 .

Possono presentare istanza di partecipazione solo ed esclusivamente i dipendenti dell'Asp di Enna in servizio a tempo indeterminato e appartenenti al suddetto profilo professionale.

*Le modalità di presentazione della domanda ed i criteri per la formulazione della graduatoria sono previsti dal **Regolamento Aziendale – Mobilità interna – Area Comparto** (giusta delibera n.1086 del 15.04.10).*

Alla domanda, munito di nulla osta del Responsabile della struttura cui afferisce il dipendente, deve essere allegato Curriculum Professionale, titoli posseduti , situazione familiare e quant'altro previsto nel Regolamento di cui alla citata delibera n. 1086/2010.

L'istanza dovrà pervenire entro e non oltre tre giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale intranet.e dovrà essere presentata al protocollo generale dell'ASP di Enna – Viale Diaz n. 7/9,

Per informazioni e/o chiarimenti rivolgersi al Servizio Risorse Umane di Enna dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 13.00 – Tel. 0935 520379.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Francesco Iudica

**AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Viale Diaz, 7-9
94100 Enna**

 sottoscritt..... nato il a

in servizio presso.....

in qualità di

CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'AVVISO DI MOBILITA' INTERNA PER DUE POSTI DI COLLABORATORE
PROF.LE SANITARIO TECNICO DI LABORATORIO PER L'U.O. DI PATOLOGIA CLINICA DELLO S.O.
"F.B.C." DI LEONFORTE

Il sottoscritto, allega alla presente istanza il proprio curriculum vitae, datato e firmato, dichiarando che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.p.r. n. 445/2000, unitamente alla fotocopia del documento d'identità.

Data

FIRMA
