

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE SIRACUSA

Visto il D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.

Vista la Legge Regionale n. 5 del 2009 e ss.mm.ii.

Visto l'Atto Aziendale approvato con deliberazione n. 1006 del 30/12/2019

Visto il D.Lgs. n. 165 del 2001 e ss.mm.ii. art. 30 comma 2 bis

IL DIRETTORE GENERALE

Indice AVVISO INTERNO di mobilità in entrata ai sensi dell'art. 30 c. 2 - bis del D.Lgs n. 165/2001 e ss.mm.ii., riservato al personale in posizione di comando presso l'ASP di Siracusa

Scadenza bando 22 GENNAIO 2022

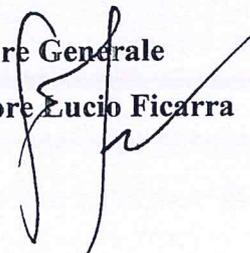
In esecuzione della Deliberazione n. 10 del 04.01.2022 è indetto

avviso di mobilità in entrata ai sensi dell'art. 30 c. 2 - bis del D.Lgs n. 165/2001 e ss.mm.ii., finalizzato all'immissione in ruolo dei dipendenti provenienti da altre amministrazioni del SSN, riservato al personale in posizione di comando presso l'ASP di Siracusa, per le seguenti figure professionali:

- N. 1 posto Dirigente Medico Disciplina Otorinolaringoiatria – UOSD Otorinolaringoiatria P.O. Augusta;
- N. 1 posto Dirigente Medico Disciplina Chirurgia – UOC Chirurgia P.O. Avola ;

Si invitano tutti i dipendenti in servizio presso questa Azienda in posizione di comando alla data di scadenza del presente avviso, qualora fossero interessati, a presentare apposita istanza per l'immissione in ruolo, esclusivamente mediante PEC al seguente indirizzo concorsi@pec.asp.sr.it

Il Direttore Generale
Dott. Salvatore Lucio Ficarra



SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA

Al Direttore Generale
Dell'ASP di Siracusa.

IL/la sottoscritto/a..... residente a
in via, pec:, dipendente a tempo
indeterminato presso.....,
figura professionale.....
in posizione di comando presso questa ASP dal.....

CHIEDE

Di partecipare alla procedura di mobilità interna per la seguente figura
professionale.....
di cui all'avviso pubblicato in data

A tal fine il/la sottoscritto/a allega il proprio curriculum formativo e professionale, redatto sotto
forma di autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e s.m.i, corredato di un valido
documento di riconoscimento.

Data.....

(firma per esteso)

.....