

Interesse Partecipazione Passaggio Orizzontale a Collaboratore Professionale Sanitario OSTETRICA

In esecuzione di quanto disposto dall'art. 17 del citato C.C.N.L. Comparto 1998/2001 che prevede passaggi orizzontali all'interno della medesima categoria tra profili diversi dello stesso livello, è intenzione di questa Azienda procedere ad una valutazione dell'interesse a partecipare al passaggio orizzontale alla qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica.

REQUISITI GENERALI E SPECIFICI

Possono presentare interesse a partecipare i candidati in possesso dei seguenti requisiti:

- a) essere dipendente della Azienda USL Roma 3, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato – ruolo sanitario - cat. D;
- b) Diploma di Laurea di primo livello, Diplomi e attestati conseguiti in base al precedente ordinamento, riconosciuti equipollenti, ai sensi del D.M. 27.07.2000 e abilitanti alla specifica professione di Ostetrica;
- c) iscrizione all'Albo Professionale di appartenenza;

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

I dipendenti interessati dovranno far pervenire apposita richiesta con oggetto: “ Partecipazione Passaggio Orizzontale a Collaboratore Professionale Sanitario OSTETRICA” alla mail area.risorseumane@aslroma3.it entro il giorno 3/06/2022

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi all'U.O.C. Risorse Umane, via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – Dr.ssa Erika Giannelli 0656487530.

Il Direttore Generale
Dr.ssa Francesca Maffio



Facs –simile domanda

Al Direttore Generale

Dr.ssa Francesca Milito

Io sottoscritt _____
nat ____ a _____, il _____, dipendente di questa Azienda ed in servizio presso _____ con la seguente qualifica _____ telefono (anche cellulare) _____, e-mail _____ in possesso del seguente titolo di studio (diploma/laurea/specializzazione) _____

MANIFESTO

l'interesse alla partecipazione al passaggio orizzontale all'interno della medesima categoria al qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica

AUTOCERTIFICO

- di essere dipendente della Azienda USL Roma 3, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato –Ruolo Sanitario - cat. D
- Diploma di Laurea di primo livello, Diplomi e attestati conseguiti in base al precedente ordinamento, riconosciuti equipollenti, ai sensi del D.M. 27.07.2000 e abilitanti alla specifica professione di Ostetrica
- di essere iscritta all'albo _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiaro che le notizie fornite con la presente domanda corrispondono a verità (art. 76 DPR n. 445/2000). Inoltre, dichiaro di essere consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Data

Firma
