

FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: AS_BO66
REGISTRO: Protocollo generale
NUMERO: 0022504
DATA: 09/07/2019
OGGETTO: Convocazione alla prova selettiva per assunzione a tempo determinato di n. 1 unità del profilo di Coadiutore amministrativo (art. 16 L.56/87 legge n.160/88 e successive modifiche ed integrazioni)

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Filomena De Nigris

CLASSIFICAZIONI:

- [08-01]

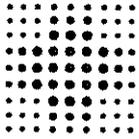
DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
PG0022504_2019_Lettera_firmata.pdf:	De Nigris Filomena	FD33D6F233559140D47E873B6B966775B EE8A5E865C50E0030CE0E9128E014B9
PG0022504_2019_Allegato1.doc:		9CC1A16B09972AFB13D4576973A0BBDF 5BE2860CE2D7E392721667C4D752EDDC



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

SUMAP
Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Personale

Il Direttore

CONCORRENTI INTERESSATI

OGGETTO: Convocazione alla prova selettiva per assunzione a tempo determinato di n. 1 unità del profilo di Coadiutore amministrativo (art. 16 L.56/87 legge n.160/88 e successive modifiche ed integrazioni)

Con riferimento alla normativa citata in oggetto ed in esito alla nota prot. 13527 del 30.04.2019, con la quale il Centro per l'Impiego di Imola ha trasmesso, tra l'altro, i nominativi dei concorrenti di cui all'allegato per l'avviamento alla selezione per l'assunzione a tempo determinato di n. 1 unità di Coadiutore amministrativo (cat.B), questa Azienda La invita a presentarsi **il giorno giovedì 25 luglio 2019 alle ore 13,30** presso l'Azienda USL di Imola – Ospedale Civile Vecchio – Viale Amendola, 8 Imola - Padiglione 9 - Sala Corsi, per lo svolgimento della prova pratica che sarà volta ad accertare l'idoneità alle mansioni proprie della qualifica suddetta.

La prova pratica potrà consistere anche nella stesura e gestione di semplici testi e tabelle al fine di verificare la capacità di utilizzare i più comuni applicativi informatici (es Pacchetto LibreOffice).

Si precisa che ai fini dell'identificazione Lei dovrà presentarsi munito di un documento di identità non scaduto di validità. Si richiede inoltre di portare il curriculum vitae, con evidenza delle esperienze lavorative pregresse.

Distinti saluti.

Firmato digitalmente da:

Filomena De Nigris

Responsabile procedimento:
Silvia Severi

SERVIZIO UNICO METROPOLITANO
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
personale@ausl.imola.bo.it

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola
Sede legale Viale Amendola, 2 - 40026 Imola (BO)
Tel +39.0542.604111 Fax +39.0542.604013
Partita IVA 00705271203

DISTINTA ANALITICA POSTA REGISTRATA

Ragione sociale cliente	AZIENDA USL IMOLA	Spedizione del (gg/mm/aaaa):	
Codice SAP del cliente:	30098469		
CODICE A BARRE: DA (iniziale)		A (finale)	
NUMERO DEI CODICI A BARRE NON UTILIZZATI:		TOTALE CODICI A BARRE UTILIZZATI:	
		(Codice a barre finale – Codice iniziale) – Totale Codice a barre non utilizzati	

N.PROG.	DESTINATARIO	DESTINAZIONE	BARCODE	TARIFFA
1	GALLO MIRELLA	OZZANO DELL'EMILIA (BO)		
2	MAZZELLA DI BOSCO DANIELE	FAENZA (RA)		
3	RICCIARDELLA ANTONIETTA	SAN GIOVANNI IN MARIGNANO (RN)		
4	CONTURSI CARMINE	CASTELFRANCO EMILIA (MO)		
5	LO CASO ANGELA LETIZIA	CASTELFRANCO EMILIA (MO)		
6	DI DIO MIRIAM	FORLI'		
7	GERMINARIO ANGELA	CASAMASSIMA (BA)		
8	TARATETA MICHELA	BOLOGNA		
9	POIDOMANI DEBORAH	SAN LAZZARO DI SAVENA (BO)		
10	VENIERI FABRIZIA	DOZZA (BO)		
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

DETTAGLI CODICI A BARRE NON UTILIZZATI			TOTALE EURO
			€

ACCETTAZIONE CON RISERVA*

Firma del cliente _____ Data _____

*Il cliente si impegna ad accettare eventuali discordanze riscontrate da Poste Italiane rispetto a quanto dichiarato.

Firma del cliente _____

Firma Posteitaliane _____

