

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Direzione delle Professioni Sanitarie

AVVISO DI MOBILITA' INTERNA PER FUTURE NECESSITA' per copertura posizione di lavoro di OSS presso la CENTRALE di STERILIZZAZIONE	
Descrizione della posizione di lavoro	Operatore Socio Sanitario presso la CENTRALE DI STERILIZZAZIONE
Tipologia, Orario Lavoro	Turnista h 12 su 5 giorni + Pronta Disponibilità – full time 36 ore/sett
Requisiti di Ammissione alla Mobilità	• L'avviso è riservato a OSS con contratto a tempo indeterminato e che hanno superato il periodo di prova
Criteri individuazione dei candidati	I candidati saranno individuati sulla base di una graduatoria formulata in ragione dei criteri dichiarati nell'allegato 1 del "Regolamento per la gestione della mobilità interna del personale dell'area del comparto area assistenziale e tecnico amministrativa" approvato con deliberazione n. 275 del 22/12/2025. A tal fine i candidati dovranno inviare apposita domanda, utilizzando il modulo fac simile allegato al presente avviso, corredata dei documenti attestanti quanto di seguito, che dovranno essere prodotti in originale o copia legale autenticata ai sensi di legge, ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente. 1. Anzianità di servizio nel SSN e Enti Privati accreditati: sarà valutata l'attività svolta presso enti pubblici e privati accreditati nella medesima professionalità (il dipendente dovrà produrre la dichiarazione /documentazione di tutti i servizi prestati extra azienda) 2. Anzianità di permanenza nell'attuale unità assistenziale/piastra/servizio/UO (a carico della DIPROSA) 3. Condizioni familiari (il dipendente dovrà compilare il modulo allegato) 4. Titoli di studio: (dottorato di ricerca, laurea magistrale, laurea triennale, diplomi universitari, diplomi di scuola superiore ad esclusione di quelli previsti dai requisiti di ammissione al profilo) 5. Titoli di studio professionali: (es. master universitari di 1^a e 2^a livello, corsi di perfezionamento universitario) 6. Titoli di esperienza professionale: (esperienza maturata negli ultimi 5 anni nell'area oggetto di mobilità) 7. Titoli di formazione permanente di tipo residenziale/a distanza relativi agli ultimi 5 anni 8. Titoli di docenza in aula relativi agli ultimi 5 anni 9. Titoli di didattica clinica: (attività di tutor clinico) relativi agli ultimi 5 anni 10. Pubblicazioni: (attinenti al posto messo a bando) La documentazione relativa alle pubblicazioni dovrà essere appositamente presentata dagli interessati in originale ovvero in copia corredata dalla dichiarazione sostitutiva di conformità all'originale ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000
Modalità di accettazione e rinuncia:	Il dipendente individuato dalla graduatoria ha un periodo di tempo di 5 giorni lavorativi per accettare la nuova assegnazione. Qualora rifiutasse l'assegnazione, ha la possibilità di proporsi per una seconda scelta nel caso in cui la DiProSa, esaurita la graduatoria entro i termini di scadenza della stessa (2 anni), proceda ad un secondo scorrimento. Una volta assegnato il dipendente ha la facoltà di rinunciare alla nuova posizione di lavoro e sarà a disposizione della DiProSa per una riassegnazione su posizioni di lavoro che in quel momento risultano disponibili, preferibilmente nel Dipartimento di provenienza
Scadenza Avviso	ore 12.00 del giorno 26 OTTOBRE 2026
Sede di presentazione delle domande	Le domande possono essere presentate per posta esterna, interna o direttamente alla Direzione delle Professioni Sanitarie presso la Segreteria: Valentini Debora tel 0542/662115
Allegati al bando	Fac simile domanda

**Il Direttore Assistenziale
F.to Sabrina Gabrielli**



Il/La sottoscritto/a _____

Infermiere in servizio presso _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura di mobilità interna per la copertura di posti di OSS presso la **CENTRALE DI STERILIZZAZIONE**

A tal fine dichiara di essere collocato/a in Azienda nel profilo a bando e di avere superato il periodo di prova. Dichiara inoltre il seguente curriculum lavorativo di servizi prestati extra Azienda; solo in caso di servizi prestati a orario ridotto (p.time) indicare la percentuale oraria:

dal	al		Presso	Qualifica

Dichiara inoltre sotto propria responsabilità:

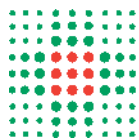
- di avere una famiglia monoparentale con figli inferiori a 18 anni ☐ SI ☐ NO

Si ha la situazione di genitore unico (monoparentale) in caso di affidamento in via esclusiva (con provvedimento formale del giudice) ad uno dei genitori, morte di uno dei genitori, riconoscimento da parte di un solo genitore, abbandono del figlio da parte di uno dei genitori.

- di avere n. _____ figli uguali o inferiori ai 5 anni:

Nome e Cognome _____ nato il _____





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Direzione delle Professioni Sanitarie

Nome e Cognome _____ nato il _____

- di avere n. _____ figli di età compresa tra i 6 e 14 anni:

Nome e Cognome _____ nato il _____

Nome e Cognome _____ nato il _____

- di avere figli disabili (Legge n. 104/92) qualora autorizzato alla fruizione di permessi

L.104 : ☐ SI ☐ NO

Se **si** indicare nome e cognome

- di avere familiari disabili (Legge n. 104/92) qualora autorizzato alla fruizione dei permessi L. 104: ☐ SI ☐ NO

Se **si** indicare nome e cognome

Il sottoscritto consente espressamente all'Azienda U.S.L. di Imola il trattamento dei dati personali di cui sopra ai sensi della vigente normativa sul trattamento dei dati personali.

E' consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Azienda U.S.L. verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data _____

Firma _____

Da compilare a cura dell'Ufficio

- ☐ Visto, si attesta che il dichiarante _____ consapevole della responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e previamente identificato, ha reso e sottoscritto in mia presenza la suddetta dichiarazione.

(timbro d'ufficio) _____

- ☐ Il dichiarante presenta copia del documento di identità _____

