



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

Li, Av. 19-12-2019

C/da Amoretta – 83100 AVELLINO
C.F. 01948180649 – Tel. 0825/203111 – Fax. 0825/72056
* * * * *

DIREZIONE GESTIONE RISORSE UMANE

PROT. 7505

Ai Responsabili di tutte le UU.OO.

**E p.c. Ai Coordinatori di tutte le UU.OO.
Loro Sedi**

Oggetto: Progressione economica orizzontale ai fini giuridici e economici - Personale del Comparto -.

Si comunica che questa A.O. con delibera n.1198 del 18/12/2019 ha stabilito di attivare la procedura per il riconoscimento – con decorrenza 01.01.2019 - di una fascia retributiva successiva a quella in godimento, ai fini giuridici e economici, al personale del comparto in possesso dei requisiti sotto specificati:

- 1) dipendenza con rapporto di lavoro a tempo indeterminato con maturazione di almeno due anni di permanenza nella posizione economica in godimento al 31/12/2018;
- 2) giudizio del Responsabile della Struttura attraverso la scheda di valutazione allegata. Il giudizio espresso potrà essere positivo o negativo e dovrà in ogni caso essere motivato; l'eventuale giudizio negativo non comporta attribuzione di punteggio, fatta salva l'ammissione alla selezione.

Il possesso dei requisiti di cui ai precedenti punti 1 e 2 consente l' inclusione d'ufficio nella graduatoria generale di merito senza che occorra presentazione di specifica istanza.

Sarà riconosciuta ai fini giuridici ed economici la fascia, con decorrenza 01.01.2019, ai dipendenti risultati idonei, secondo l'ordine di graduatoria e fino a concorrenza della somma disponibile nel relativo fondo così come determinato nella delibera di questa A.O. n.523/2019 e nella nota GRU.6937/2019

Tanto premesso, si richiede di trasmettere alla scrivente Direzione tramite pec al seguente indirizzo: risorseumane@cert.aosgmoscati.av.it :

a) la scheda di valutazione dei dipendenti debitamente compilata (**Allegato “A”**)

b) il modello Allegato “B” in cui i dipendenti interessati potranno autocertificare eventuali servizi precedentemente prestati presso altre strutture del S.S.N., Ospedali classificati e/o Strutture accreditate e convenzionate;

c) il modello Allegato “ C “ in cui i dipendenti autocertificano il possesso di titoli ulteriori, quali ad es. laurea specialistica, Master I liv, Master II Livello, per il personale Amm.vo laurea magistrale inerente alla disciplina.

I moduli in questione dovranno pervenire alla scrivente Direzione entro e non oltre il termine perentorio del **26-12-2019 a pena di esclusione dalla graduatoria.**

Si confida nella collaborazione e nel rispetto dei ristretti termini al fine di assicurare la decorrenza del riconoscimento per l'anno 2019.

**Il Direttore “G.R.U.”
Dott.ssa Amy Morrison**

Amy Morrison



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

ALL. A

C/da Amoretta – 83100 AVELLINO
C.F. 01948180649 – Tel. 0825/203111 – Fax. 0825/72056
* * * * *

PROGRESSIONE ECONOMICA ORIZZONTALE (ART.35 CCNL 07/04/99 COMPARTO)

SCHEDA DI VALUTAZIONE

Unità Operativa

Cognome Nome.....

Profilo Professionale.....

"A" PROFESSIONALITA'		SI	NO
A1	Applica nello svolgimento dei propri compiti le conoscenze acquisite e segue correttamente le procedure, dimostrando di conoscere e seguire il processo organizzativo.		
A2	Assume decisioni funzionali anche senza bisogno di puntuali direttive, superando le difficoltà operative.		
A3	E' preciso nello svolgimento del proprio lavoro e si adopera per il miglioramento delle qualità delle prestazioni.		

" B" FLESSIBILITA'		SI	NO
B1	Trova soluzioni funzionali per situazioni nuove e impreviste, modificando proficuamente situazioni routinarie nell'ambito del proprio lavoro.		
B2	Sostiene rilevanti carichi di lavoro. Non limita le sue attività alle prescrizioni del mansionario, svolgendo utilmente compiti nuovi.		
B3	Ha accettato e ricercato l'arricchimento professionale		

"C" PARTECIPAZIONE		SI	NO
C1	Partecipa attivamente al lavoro di gruppo e trasmette agli altri le proprie conoscenze utili al lavoro.		
C2	Collabora con i colleghi e con i superiori ed è stato in grado di stabilire una relazione positiva con gli utenti.		

"D" TEMPI		SI	NO
D1	Organizza il proprio lavoro in funzione delle diverse priorità, lavorando entro i tempi stabiliti.		
D2	Si applica con continuità al lavoro		

Data di valutazione.....

Il Coord. del Serv. Inferm./ Tecnico/ Ostetrico

Il Direttore dell'Unità Operativa _____

.....

.....

In caso di esito negativo della valutazione di cui alla presente scheda, il Responsabile della U.O. formulerà un breve giudizio motivato:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Il Direttore dell' Unità Operativa _____

Timbro e firma leggibile



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

ALL. B

C/da Amoretta – 83100 AVELLINO
C.F. 01948180649 – Tel. 0825/203111 – Fax. 0825/72056
* * * * *

PROGRESSIONE ECONOMICA ORIZZONTALE (ART.35 CCNL COMPARTO)

Autocertificazione Servizi ulteriori prestati presso altre strutture del S.S.N., Ospedali classificati e/o Strutture Accreditate e Convenzionate

(ai sensi degli artt. 46- 47 D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ ()

il giorno __/__/__ dipendente di questa A.O. dal _____ con la qualifica di

_____ Cat..... Fascia a decorrere dal..... (indicare la data di attribuzione della fascia in godimento)

consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere che sono previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di avere svolto i seguenti servizi presso altre Aziende del S.S.N.

1) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

2) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

3) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

4) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

5) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

di avere svolto i seguenti servizi presso Ospedali classificati (es. Fatebenefratelli).

1) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

2) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

3) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

di avere svolto i seguenti servizi presso Strutture accreditate e convenzionate

1) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

2) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

3) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

4) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

5) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

luogo e data

Firma



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

ALL. C

C/da Amoretta – 83100 AVELLINO
C.F. 01948180649 – Tel. 0825/203111 – Fax. 0825/72056

* * * * *

PROGRESSIONE ECONOMICA ORIZZONTALE (ART.35 CCNL COMPARTO)

Autocertificazione ulteriori Titoli di Studio

(ai sensi artt. 46- 47 D.P.R 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ ()

il giorno __/__/__ dipendente di questa A.O. dal _____ con la qualifica di

consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere che sono previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli di studio (es. laurea specialistica, Master I liv, Master II Livello, - per il personale Amm.vo - laurea magistrale inerente alla disciplina)

1) _____

conseguito in data __/__/__

presso _____

durata _____;

2) _____

conseguito in data __/__/__

presso _____;

durata _____;

3) _____

conseguito in data __/__/__

presso _____;

durata _____;

4) _____

conseguito in data __/__/__

presso _____.

durata _____;

luogo e data

Firma
