

24/07

2^a Semestre

1

Regione Abruzzo
AZIENDA SANITARIA LOCALE n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
L. R. 10 marzo 2008, n. 5
Sede Legale Via Martiri Lancianesi n. 17/19 - 66100 Chieti
C.F. e P. Iva 02307130696

Allegato 11
1/2

Prot. n. 45112
Allegati n. 1
Risposta a prot. n.

Chieti, li _____

RACCOMANDATA A.R.

OGGETTO: MOBILITA'

Si comunica che con provvedimento n° 0053 del 07/07/2018, si è disposto di accogliere l'istanza di trasferimento presentata dal Sig. Secondo MAGGIO, *Assistente Sociale*, in servizio presso la A.S.L. di Pescara con rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Per quanto sopra richiamato, la S.V. è invitata a presentare, alla suddetta A.S.L., domanda di nulla-osta per l'attivazione del trasferimento in parola.

La S.V., almeno 15 giorni prima della data di attivazione del trasferimento, dovrà presentarsi presso questa Sede munita della seguente documentazione: copia del documento di riconoscimento, del codice fiscale e certificato di servizio attestante la retribuzione totale corrisposta secondo le fasce indicate nel prospetto allegato.

Distinti saluti

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

 SL

NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO

ef 

27/07

2^a sessione




(1)

Allegato 11
2/2

CATEGORIA	Importo	Mesi	Totale
I Fascia	€ 1.254,89	11	A
II Fascia	€ 1.348,79	13	A
III Fascia	€ 1.458,69	17	A
IV Fascia	€ 1.687,27	14	A
			B

Calcolare nelle celle **A** il prodotto di "Importo" per "Mesi" per ogni riga
Calcolare nella cella **B** la somma delle celle **A**

Prima di stampare scrivere
NOME **COGNOME** **DATA DI NASCITA**

27/07

2^a versione

2

AZIENDA SANITARIA LOCALE N.2
LANCIANO – VASTO – CHIETI
Sede Legale: Via Martiri Lancianesi, 17/19
66100 CHIETI
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI

Allegato 1
1/2

Prot. n. 58-CH

Chieti, 01/06/2018

Oggetto: Soccorso istruttorio.

Spett.le
DITTA Spa

Al fine di consentire l'assunzione di determinazioni in ordine all'ammissione/esclusione dell'offerta rassegnata da codesto OE in relazione al lotto 2, si chiede di confermare che il totale della fornitura pari ad € 12.360,00 sia comprensivo tanto di Licenze d'uso per i prodotti contrassegnati dai codici 1A e 2B, quanto degli anni di supporto Production.

Tale richiesta si rende necessaria all'esito dell'esame delle schede tecniche elaborate dal sistema Acquistinrete sul lotto di riferimento.

In particolare, il valore del campo denominato "descrizione tecnica", per il quale è stato previsto il parametro "valore minimo ammesso", non risulta valorizzato da Codesto OE.

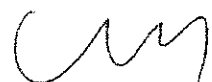
Pertanto, a pena di esclusione, si chiede formale riscontro alla presente entro il termine delle ore 10:00 del giorno 21/06/2018.

Il Direttore della UOC

NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO



SL



27/07

2a sessione

(2)

Allegato 1:
2/2

Descrizione	Supporto	Licenza 1A	Licenza 1B
Quantità	48	24	24
	ore	Pz	Pz
Importo unitario	€ 20,00	€ 240,00	€ 235,00
Importo totale	A	A	A
			B

Calcolare nelle celle A il prodotto di "Quantità" per "Importo unitario" per ogni colonna
Calcolare nella cella B la somma delle celle A

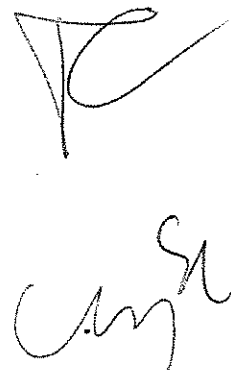
Prima di stampare scrivere

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

gr



27/07

2^a Sezione

3

REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Sede Legale Via Martiri Lancianesi n. 17/19 - 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

Allegato 1:

1/2

U.O.C. Amministrazione e Sviluppo Risorse Umane
Sede di Chieti

Prot. n. 878787

Chieti, li _____

RACCOMANDATA A.R.

OGGETTO: nomina in prova al posto di Collaboratore Professionale Sanitario - Assistente Sociale

Si comunica che con provvedimento n. 75757 del 19/06/2018, la S.V. è stata nominata in prova al posto di *Collaboratore Professionale Sanitario - Assistente Sociale*, mediante scorrimento della graduatoria relativa all'avviso del 05/01/2018 di selezione interna a n. 08 posti.

L'inquadramento giuridico ed economico avrà decorrenza a far data dal 1° luglio 2018 secondo la tabella allegata.

La S.V. è invitata a presentarsi il giorno 18 giugno 2018 presso lo scrivente ufficio ai fini della stipula del contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato munita di un valido documento di riconoscimento nonché di fotocopia dello stesso.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten initials]

	Stipendio tabellare iniziale	Indennità integrativa speciale	Indennità professionale specifica	Indennità qualificazione	
Durata della prova: mesi	6	6	6	6	
Importo	€ 1.154,87	€ 254,78	€ 29,87	€ 65,74	
Totale	A	A	A	A	B

Calcolare nelle celle **A** il prodotto di "Durata della prova: mesi" per "Importo" per ogni colonna
 Calcolare nella cella **B** la somma delle celle **A**

Prima di stampare scrivere
NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

[Handwritten signature]