

BANDO DI MOBILITA'

Si rende noto che questa Azienda, in esecuzione della deliberazione n. 716 del 17.09.2013, intende acquisire tramite procedura di mobilità compartimentale in ambito regionale od interregionale, il seguente personale:

n. 6 unità di
Collaboratore Professionale Sanitario – INFERMIERE
(cat. D ex vigente C.C.N.L. personale del Comparto Sanità)
a rapporto di lavoro a tempo pieno

di cui n. 3 unità **da assegnare ad Unità Operativa di Pronto Soccorso**
e n. 3 unità **da assegnare ad Unità Operativa di Blocco Operatorio**
dei Presidi Ospedalieri di Desenzano del Garda e Gavardo

E' requisito essenziale essere in servizio a tempo indeterminato nel profilo richiesto presso un'Azienda del Servizio Sanitario nazionale ed essere in possesso dei seguenti ulteriori requisiti:

relativamente ai posti destinati all'U.O. di Pronto Soccorso:

- possesso dell'Attestato di Infermiere Soccorritore (60 ore) rilasciato dall'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU)

relativamente ai posti destinati all'U.O. di Blocco Operatorio:

- possesso di esperienza almeno triennale di sala operatoria in qualità di Infermiere strumentista

Le domande di partecipazione vanno inviate all'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda – Settore Reclutamento e Fabbisogno del Personale – Località Montecroce – 25015 Desenzano del Garda (Bs), inderogabilmente entro e non oltre il giorno:

Mercoledì 2 OTTOBRE 2013

La presentazione della domanda può essere effettuata con le seguenti modalità:

- direttamente a cura dell'interessato con sottoscrizione apposta allo sportello in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica, esibendo un documento di identità non scaduto;
- consegna tramite terza persona all'uopo delegata e munita di valido documento di riconoscimento, allegando copia fotostatica non autenticata di un documento di identità non scaduto;
- invio mediante servizio postale a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, allegando copia fotostatica non autenticata di un documento di identità non scaduto
- in via telematica nei limiti e con le modalità stabiliti dall'art. 65 del D.Lgs. 07.03.2005 n. 82, e cioè:
 - invio della domanda e dei relativi allegati, **in unico file in formato PDF**, tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata tradizionale (PEC) oppure tramite la **CEC-PAC personale** del candidato esclusivamente all'indirizzo mail personale.reclutamento@pec.aod.it con le seguenti modalità:
 - **tramite la PEC tradizionale:**
 - sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato

oppure

- sottoscrizione con firma autografa del candidato + scansione della domanda e di ogni documento allegato (compresa scansione di un valido documento di identità); in tal caso, il Segretario della Commissione esaminatrice provvederà a far firmare in originale al candidato, il giorno stesso di svolgimento della prima prova concorsuale, la stampa di ogni foglio inviato, ad ogni conseguente effetto di legge.

• **tramite l'utenza personale CEC-PAC del candidato** di cui al D.P.C.M. 06.05.2009, anche senza alcuna sottoscrizione (digitale o autografa + scansione) in quanto l'autore è identificato dal sistema informatico attraverso le credenziali di accesso relative all'utenza personale CEC-PAC.

L'invio tramite PEC o CEC-PAC sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale. Si precisa che, in caso di trasmissione della domanda in via telematica con le modalità sopra descritte, il termine ultimo di invio da parte del candidato, a pena di esclusione, resta comunque fissato nel giorno di scadenza del bando.

In caso di utilizzo del servizio di PEC o di CEC-PAC per l'invio dell'istanza, questo equivale automaticamente ad elezione di domicilio informatico per eventuali future comunicazioni da parte dell'Azienda nei confronti del candidato (art. 3 D.P.C.M. 06.05.2009). In altri termini, l'indirizzo di PEC o di CEC-PAC utilizzato per l'invio della domanda diventa il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda.

Le anzidette modalità di trasmissione elettronica della domanda, della sottoscrizione della stessa e della documentazione di ammissione al concorso, per il candidato che intenda avvalersene, si intendono tassative.

Le domande devono essere corredate da:

- Foglio informativo allegato;
- Curriculum vitae datato e firmato;
- Autocertificazione del servizio giuridico ed economico con indicazione del trattamento economico in godimento (modulo allegato);
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Autocertificazione dei titoli che il candidato intende far valere ai fini della valutazione;
- Elenco in duplice copia dei documenti presentati.

La selezione avverrà tramite valutazione comparativa ed eventuale colloquio diretto; il colloquio tecnico motivazionale è teso a conoscere la specifica professionalità dell'interessato in ragione delle esigenze aziendali ed accertare la motivazione dei candidati ad un esercizio consapevole delle proprie competenze in rapporto all'interesse aziendale; tutto ciò in stretta correlazione con il posto da coprire.

Si terrà altresì conto dei criteri di anzianità, di prospettiva lavorativa, di minor costo e della residenza dei candidati.

Il colloquio verrà effettuato il giorno **11 ottobre 2013** dalle **ore 9.00** presso il Servizio Formazione e Aggiornamento dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda in Località Montecroce.

Il presente avviso vale pertanto anche come convocazione al colloquio; la mancata presentazione nella data, ora e sede sopra citati, per qualsiasi causa dovuta, costituirà rinuncia a tutti gli effetti alla partecipazione al presente avviso pubblico.

Ai sensi dell'art. 15 della Legge 12 novembre 2011, n. 183 le certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti devono essere sostituite dalle dichiarazioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000. **Non potranno pertanto essere accettate certificazioni rilasciate da Pubbliche Amministrazioni e da gestori di pubblici servizi, che –ove presentate- devono ritenersi nulle.**

L'Azienda effettuerà idonei controlli a norma dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.200 n. 445 atti a verificare la veridicità e l'autenticità delle attestazioni prodotte, con applicazione, in caso di falsa dichiarazione, delle gravi conseguenze -anche di ordine penale- di cui all'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000. A norma dell'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese in sede di autocertificazione comporterà la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

I punteggi a disposizione della Commissione esaminatrice per la formulazione della graduatoria degli idonei sono i seguenti:

- valutazione dei titoli: **punti 20** di cui:
p. 10 per i titoli di carriera

p. 5 per i titoli accademici e di studio, pubblicazioni e titoli scientifici
p. 5 per il curriculum formativo e professionale

- colloquio: **punti 30**

La valutazione dei titoli terrà conto dell'anzianità di servizio, dei titoli accademici e di studio posseduti, delle pubblicazioni e titoli scientifici, nonché dell'attività di aggiornamento e didattica svolta negli specifici settori di destinazione delle unità lavorative.

Il superamento del colloquio, che verterà su materie inerenti alla qualifica nonché su compiti connessi alla funzione da conferire, è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza pari al 70% del punteggio massimo attribuibile allo stesso (minimo 21 su 30).

L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o modificare, in tutto o in parte, il presente avviso.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Servizio Amministrazione del Personale – Ufficio Concorsi – Tel. 030/9145882-498.

Desenzano del Garda, 17.09.2013

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Marco Luigi Votta

Ill.mo **DIRETTORE GENERALE**
dell'Azienda Ospedaliera
DESENZANO DEL GARDA
Località Montecroce
25015 – DESENZANO DEL GARDA (BS)

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di partecipare all'avviso di mobilità per n. ____ posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere destinati all'U.O. di _____

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere, dichiara quanto segue:

- a) di essere nat_ a _____ il _____;
- b) di essere residente in _____ cap _____
via _____ n. _____;
- c) di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- d) di non essere incorso in provvedimenti disciplinari negli ultimi due anni;
- d) di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo professionale _____ categoria _____
presso l'Azienda _____;
- e) di aver superato il periodo di prova nel profilo professionale di appartenenza
- e) di non essere stato dichiarato dai competenti organi sanitari fisicamente "non idoneo" ovvero "idoneo con prescrizioni particolari" alle mansioni del profilo di appartenenza o di non avere comunque limitazioni al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo;
- f) di non essere stato assente dal servizio per malattie per un periodo pari o superiore a 18 mesi nell'ultimo triennio ovvero di essere stato assente per le seguenti particolari circostanze di cui si allega documentazione _____
- g) di accettare incondizionatamente la destinazione proposta dall'Azienda senza esclusione di alcun profilo orario;
- h) di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo:
 - indirizzo PEC: _____
 - indirizzo CEC-PAC: _____
 - indirizzo postale: Via _____ n. _____
città: _____ (____) cap. _____Telefono n. _____

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali ex D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 ai fini della gestione della presente procedura di mobilità e degli adempimenti conseguenti.

Data _____

Firma _____

Allega:

- 1) Foglio informativo
- 2) Curriculum formativo e professionale
- 3) Elenco dei titoli posseduti
- 4) Autocertificazione dello stato di servizio integrato con i dati stipendiali (v. modulo allegato)
- 5) Eventuale valutazione del collegio tecnico/nucleo di valutazione per la titolarità di incarichi conferiti nell'Azienda di appartenenza
- 6) Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Foglio informativo per la procedura di mobilità (da allegare alla domanda di mobilità)

Con riferimento alla richiesta di trasferimento presso codesta Azienda Ospedaliera mediante procedura di mobilità per n. _____ posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere destinati all’U.O. di _____,

il/la sottoscritto/a _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

dichiara

Di essere nato il _____ a _____

Di risiedere a _____ in Via _____ n. _____

Di essere domiciliato a _____ in Via _____ n. _____

Recapito telefonico _____ e-mail _____

Di avere il seguente codice fiscale: _____

Di prestare servizio a tempo indeterminato presso la seguente amministrazione:

nel Profilo professionale di

categoria _____ fascia _____

con rapporto di lavoro:

a tempo pieno

a part-time (indicare percentuale oraria) _____

Orizzontale

Verticale

Misto

Data di assunzione _____ a tempo indeterminato dal _____

Sede di lavoro _____

Di aver superato il periodo di prova nel profilo professionale di attuale inquadramento in data

Di aver conseguito il seguente titolo di studio

In data _____ presso _____

Di aver conseguito il seguente ulteriore titolo di studio di _____ in

data _____ presso _____

Di essere iscritto al Collegio professionale _____ di _____ al n. _____ a

decorrere dal _____

Di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso

Di aver riportato le seguenti condanne penali _____

Che è in corso procedimento disciplinare

Che non è in corso procedimento disciplinare

Che è stato adottato il seguente provvedimento disciplinare: _____

Che è in atto contenzioso inerente provvedimenti di inquadramento (giuridico o economico)

Che non è in atto contenzioso inerente provvedimenti di inquadramento (giuridico o economico)

Di appartenere alla seguente categoria protetta: _____

Di non appartenere a categoria protetta

Il/La sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità all'assegnazione presso qualsiasi sede dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda.

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, il/la sottoscritto/a dichiara infine di essere a conoscenza che la non veridicità del contenuto delle predette dichiarazioni comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle stesse.

Data _____

Firma _____

Documentazione allegata:

- Curriculum (studi – esperienze lavorative e professionali – formazione – aggiornamento – etc..).
- Autocertificazione dello stato di servizio giuridico ed economico con indicazione di ogni dato relativo alla retribuzione (vedi modulo allegato)
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)
DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)
residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di aver prestato attività lavorativa presso:

Datore di lavoro: <input type="checkbox"/> pubblico <input type="checkbox"/> privato _____ Da (gg/mm/aaaa) _____ A (gg/mm/aaaa) _____ ____/____/____	Qualifica _____ _____	Tipo di rapporto* _____ _____
Datore di lavoro: <input type="checkbox"/> pubblico <input type="checkbox"/> privato _____ Da (gg/mm/aaaa) _____ A (gg/mm/aaaa) _____ ____/____/____	Qualifica _____ _____	Tipo di rapporto* _____ _____
Datore di lavoro: <input type="checkbox"/> pubblico <input type="checkbox"/> privato _____ Da (gg/mm/aaaa) _____ A (gg/mm/aaaa) _____ ____/____/____	Qualifica _____ _____	Tipo di rapporto* _____ _____
Datore di lavoro: <input type="checkbox"/> pubblico <input type="checkbox"/> privato _____ Da (gg/mm/aaaa) _____ A (gg/mm/aaaa) _____ ____/____/____	Qualifica _____ _____	Tipo di rapporto* _____ _____

(*) indicare se di ruolo, supplente, incaricato, straordinario, se a tempo pieno e part-time con precisazione dell'impegno orario settimanale

- di fruire a tutt'oggi del seguente trattamento economico relativo al rapporto di lavoro presso l'Azienda di appartenenza:

STIPENDIO BASE	Euro _____
_____	Euro _____
_____	Euro _____
_____	Euro _____

Il sottoscritto dichiara altresì che _____ ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761 da cui deriva l'abbattimento del _____% del punteggio riconosciuto al servizio reso.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....
 (luogo, data)

Il Dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

La dichiarazione sarà tenuta valida solo se debitamente compilata in ogni sua parte.