



## **BANDO DI MOBILITA'**

Si rende noto che questa Azienda, in esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 638 del 13.08.2013, intende coprire tramite procedura di mobilità interaziendale compartimentale, prioritariamente in ambito regionale ed -in subordine- in ambito interregionale, i seguenti posti:

### **n. 7 posti a tempo pieno di OPERATORE SOCIO SANITARIO**

(cat. B –liv.diff. Bs ex vigente C.C.N.L. personale del Comparto Sanità)

E' requisito essenziale essere in servizio a tempo indeterminato nel profilo e nella categoria richiesti presso un'Azienda del Servizio Sanitario nazionale.

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 4 SETTEMBRE 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](mailto: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 presente avviso, per il candidato che intenda avvalersene, si intendono tassative.

Le domande devono essere corredate da:

- Foglio informativo allegato;
- Curriculum vitae;
- Autocertificazione dello stato di servizio giuridico ed economico con indicazione di ogni dato relativo alla retribuzione (v. modulo allegato);
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Elenco dei titoli posseduti.

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.

La data di espletamento del colloquio previsto sarà pubblicata sul sito internet aziendale: [www.aod.it](http://www.aod.it) (alla voce “Bandi di concorso/mobilità”) entro venerdì **13.09.2013** assicurando un preavviso minimo di 15 giorni.

Ai sensi dell’art. 15 della Legge 12.11.2011 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.

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, 20.08.2013

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. 7 posti di OPERATORE SOCIO SANITARIO.

*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. 30.06.2003 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. 7 posti di OPERATORE SOCIO SANITARIO,

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. 445 del 28.12.2000,

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 \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(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	Qualifica	Tipo di rapporto*
Da (gg/mm/aaaa) _____ A (gg/mm/aaaa) _____	_____	_____
Datore di lavoro: <input type="checkbox"/> pubblico <input type="checkbox"/> privato	Qualifica	Tipo di rapporto*
Da (gg/mm/aaaa) _____ A (gg/mm/aaaa) _____	_____	_____
Datore di lavoro: <input type="checkbox"/> pubblico <input type="checkbox"/> privato	Qualifica	Tipo di rapporto*
Da (gg/mm/aaaa) _____ A (gg/mm/aaaa) _____	_____	_____
Datore di lavoro: <input type="checkbox"/> pubblico <input type="checkbox"/> privato	Qualifica	Tipo di rapporto*
Da (gg/mm/aaaa) _____ A (gg/mm/aaaa) _____	_____	_____

(\*) 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. 28 dicembre 2000, n. 445 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.**