



BANDO DI MOBILITÀ

Si rende noto che questa Azienda, in esecuzione del decreto n. 176 del 07/03/2024, intende acquisire tramite procedura di mobilità compartimentale in ambito regionale ed interregionale il seguente personale:

**n. 3 unità di:
INFERMIERE –
Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari
con rapporto di lavoro a tempo pieno**

da assegnare ai BLOCCHI OPERATORI AZIENDALI

Ai fini della partecipazione al presente bando sono requisiti essenziali:

- essere in servizio a tempo indeterminato nel sopraspecificato profilo presso un'Azienda ricompresa nel "Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale (art. 6 del C.C.N.Q. 13.07.2016)" in ambito regionale o interregionale con superamento del periodo di prova;
- prestare attualmente servizio in sala operatoria in qualità di Infermiere Strumentista da almeno tre anni consecutivi;
- incondizionata idoneità fisica alla mansione.

Le domande di partecipazione dovranno pervenire all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda – SC Gestione Risorse Umane, Località Montecroce, 25015 - Desenzano del Garda (Bs), inderogabilmente entro e non oltre la data del

26 marzo 2024

Saranno considerate valide le domande inoltrate a mezzo del servizio postale entro la data di scadenza dell'avviso, facendo fede a tal fine il timbro a data ed orario dell'Ufficio Postale accettante, purchè pervenute entro i 5 giorni non festivi successivi alla scadenza dell'avviso stesso. L'Azienda non si assume alcuna responsabilità in ordine alle domande smarrite o pervenute oltre il predetto termine a causa di insufficiente o errato indirizzo, disguidi o altre cause non imputabili alla propria volontà.

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, tramite invio della domanda e dei relativi allegati, **in unico file in formato PDF**, con posta elettronica certificata (PEC) esclusivamente all'indirizzo **risorse.umane@pec.asst-garda.it**.

La comunicazione tramite PEC dovrà contenere l'indicazione della seguente dicitura nell'oggetto del messaggio "Domanda di partecipazione all'avviso di mobilità per Infermiere da assegnare al blocco operatorio dei Presidi Ospedalieri aziendali - Candidato: _____ (indicare cognome e nome del candidato)" e sarà considerata valida ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005 alternativamente:

- in presenza di sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato

oppure

- quando il dichiarante è identificato attraverso il sistema pubblico di identità digitale (SPID), nonché attraverso uno degli altri strumenti di cui all'art. 64, comma 2-novies, nei limiti ivi previsti del D.Lgs. n. 82/2005
oppure
- in presenza di sottoscrizione con firma autografa del candidato, accompagnata documento di identità del candidato stesso
oppure
- se trasmesse dal candidato dal proprio domicilio digitale purché le relative credenziali di accesso siano state rilasciate previa identificazione del titolare, anche per via telematica secondo modalità definite con Linee guida, e ciò sia attestato dal gestore del sistema nel messaggio o in un suo allegato.

Al fine di garantire il corretto funzionamento della pec aziendale in fase di ricezione dei messaggi, è ammesso inoltrare allegati a ciascuna trasmissione via pec nel limite dimensionale massimo di **25 MB**. Il mancato rispetto di tale limite esonera l'Azienda da ogni responsabilità circa la mancata ricezione entro i termini della documentazione inviata.

L'invio tramite PEC 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 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 utilizzato per l'invio della domanda diventa il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'A.S.S.T. 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 di partecipazione al presente avviso (vedi modulo allegato A) devono essere corredate da:

- Curriculum formativo e professionale datato e firmato (modulo allegato B redatto ai sensi degli artt 46 e 47 del DPR n. 445/2000),
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

La selezione avverrà tramite valutazione comparativa dei curricula e 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.

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, nonché della partecipazione ad attività di aggiornamento svolta negli ultimi 5 anni.

Il superamento del colloquio, che verterà su materie inerenti alle qualifiche previste nel presente bando nonché su compiti connessi alle rispettive funzioni da conferire, è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza pari al 70% del punteggio massimo attribuibile allo stesso (minimo 21 su 30).

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; pertanto i candidati dovranno dichiarare i propri titoli utilizzando esclusivamente il curriculum formativo e

professionale (modulo allegato B) redatto sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio/certificazione.

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 colloqui verranno effettuati il giorno **16 aprile 2024**, ore 9.30 presso la sala riunioni della Direzione Strategica dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda in Località Montecroce a Desenzano del Garda (Bs).

Il presente avviso vale pertanto anche come convocazione al colloquio come sopra individuato nei confronti dei candidati risultati in possesso dei requisiti previsti dal bando.

La mancata presentazione nella data, ora e sede sopra citati, a qualsiasi causa dovuta, costituirà rinuncia a tutti gli effetti alla partecipazione al presente avviso pubblico.

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

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla SC Gestione Risorse Umane - Tel. 030/9145498-039.

Desenzano del Garda, 11/03/2024

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Piero Canino

N.B.: ORARI D'UFFICIO per il ricevimento delle domande:

- LUNEDI e MERCOLEDI: dalle ore 14,00 alle ore 16,30
- VENERDI': dalle ore 9,00 alle ore 12,00

Ill.mo Direttore Generale
Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda
Località Montecroce
25015 – DESENZANO DEL GARDA (BS)

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di partecipare all'avviso di mobilità per n. 3 posti di **Infermiere – Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari da assegnare al Blocco Operatorio dei Presidi Ospedalieri Aziendali**

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;
e) di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo professionale categoria _____

presso l'Azienda/Ente _____ ;

- f) di aver superato il periodo di prova nel profilo professionale di appartenenza
g) 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;
h) 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

i) di accettare incondizionatamente la destinazione proposta dall'Azienda;

j) di essere disponibile all'attività di servizio sui tre turni nelle 24 ore;

l) di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo:

- indirizzo PEC: _____

- indirizzo postale: Via _____ n. _____

città: _____ (_____) cap. _____

Telefono n. _____

E-mail: _____

Dichiara infine di aver visionato l'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet aziendale www.asst-garda.it>privacy>Informativa per la partecipazione ai concorsi e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 ai fini della gestione della presente procedura di mobilità e degli adempimenti conseguenti.

Data _____

Firma _____

Allega:

- Curriculum formativo e professionale datato e firmato (Allegato B);
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – ART. 46
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE – ART. 47
D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

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. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

- di aver conseguito i seguenti titoli di studio:

conseguito presso _____ in data _____

conseguito presso _____ in data _____

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

di aver riportato le seguenti condanne penali _____

che NON è in corso procedimento disciplinare

che 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

- di aver prestato attività lavorativa presso:

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

(* se dipendente indicare: a tempo determinato o indeterminato, supplente, straordinario, se a tempo pieno o part-time con precisazione dell'impegno orario settimanale

(* se non dipendente indicare: tipologia contrattuale (libero professionale, co.co.co., co.co.pro., occasionale, ecc.) con precisazione dell'impegno orario medio settimanale o complessivo

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.

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

STIPENDIO BASE Euro _____
 _____ Euro _____
 _____ Euro _____

- di aver partecipato alle seguenti iniziative di aggiornamento e formazione (inserire esclusivamente i corsi di aggiornamento svolti negli ultimi 5 anni):

<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	dal titolo: _____		
<input type="checkbox"/> convegno			
<input type="checkbox"/> congresso			
<input type="checkbox"/> seminario/meeting	organizzato da: _____	dove si è svolto: _____	
<input type="checkbox"/> altro (specificare)			
periodo: dal _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____	durata: giornate n _____ (1 giornata = almeno 6 ore ½ giornata = almeno 3 ore)	esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	crediti formativi ECM: n. _____

<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	dal titolo:		
<input type="checkbox"/> convegno			
<input type="checkbox"/> congresso			
<input type="checkbox"/> seminario/meeting	organizzato da:	dove si è svolto:	
<input type="checkbox"/> altro (specificare)			
periodo: dal ___/___/___ al ___/___/___	durata: giornate n ____ (1 giornata = almeno 6 ore ½ giornata = almeno 3 ore)	esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	crediti formativi ECM: n. _____

<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	dal titolo:		
<input type="checkbox"/> convegno			
<input type="checkbox"/> congresso			
<input type="checkbox"/> seminario/meeting	organizzato da:	dove si è svolto:	
<input type="checkbox"/> altro (specificare)			
periodo: dal ___/___/___ al ___/___/___	durata: giornate n ____ (1 giornata = almeno 6 ore ½ giornata = almeno 3 ore)	esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	crediti formativi ECM: n. _____

<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	dal titolo:		
<input type="checkbox"/> convegno			
<input type="checkbox"/> congresso			
<input type="checkbox"/> seminario/meeting	organizzato da:	dove si è svolto:	
<input type="checkbox"/> altro (specificare)			
periodo: dal ___/___/___ al ___/___/___	durata: giornate n ____ (1 giornata = almeno 6 ore ½ giornata = almeno 3 ore)	esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	crediti formativi ECM: n. _____

<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	dal titolo:		
<input type="checkbox"/> convegno			
<input type="checkbox"/> congresso			
<input type="checkbox"/> seminario/meeting	organizzato da:	dove si è svolto:	
<input type="checkbox"/> altro (specificare)			
periodo: dal ___/___/___ al ___/___/___	durata: giornate n ____ (1 giornata = almeno 6 ore ½ giornata = almeno 3 ore)	esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	crediti formativi ECM: n. _____

<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	dal titolo:		
<input type="checkbox"/> convegno			
<input type="checkbox"/> congresso			
<input type="checkbox"/> seminario/meeting	organizzato da:	dove si è svolto:	
<input type="checkbox"/> altro (specificare)			
periodo: dal ___/___/___ al ___/___/___	durata: giornate n ____ (1 giornata = almeno 6 ore ½ giornata = almeno 3 ore)	esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	crediti formativi ECM: n. _____

<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	dal titolo:		
<input type="checkbox"/> convegno			
<input type="checkbox"/> congresso			
<input type="checkbox"/> seminario/meeting	organizzato da:	dove si è svolto:	
<input type="checkbox"/> altro (specificare)			
periodo: dal ____/____/____ al ____/____/____	durata: giornate n ____ (1 giornata = almeno 6 ore ½ giornata = almeno 3 ore)	esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	crediti formativi ECM: n. _____

<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	dal titolo:		
<input type="checkbox"/> convegno			
<input type="checkbox"/> congresso			
<input type="checkbox"/> seminario/meeting	organizzato da:	dove si è svolto:	
<input type="checkbox"/> altro (specificare)			
periodo: dal ____/____/____ al ____/____/____	durata: giornate n ____ (1 giornata = almeno 6 ore ½ giornata = almeno 3 ore)	esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	crediti formativi ECM: n. _____

- di possedere i seguenti ulteriori titoli:

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.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché del Regolamento UE n. 679/2016 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 e 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.**