Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Garda

BANDO DI MOBILITÀ

Si rende noto che questa Azienda, in esecuzione del decreto n. 878 del 14/10/2026 intende acquisire tramite procedura di mobilità compartimentale in ambito regionale ed interregionale il seguente personale:

n. 1 unità di

ASSISTENTE SOCIALE –
Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari

con rapporto di lavoro a tempo pieno

Ai fini della partecipazione al presente bando sono requisiti essenziali:

- essere in servizio a tempo indeterminato nella qualifica di Assistente Sociale – Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari presso un'Azienda ricompresa nel "Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale (art. 6 del C.C.N.Q. 28/10/2025)" con superamento del periodo di prova;

- esperienza professionale di almeno due anni nella qualifica di Assistente Sociale.

Le domande di partecipazione dovranno pervenire all'A.S.S.T. Garda – S.C. Gestione Risorse Umane – Località Montecroce – 25015 Desenzano del Garda (BS), inderogabilmente entro e non oltre il giorno

20 NOVEMBRE 2026

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, purché 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. 7.03.2005 n. 82, mediante invio della domanda e dei relativi allegati, **in unico file in formato PDF**, tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata (**PEC**) esclusivamente all'indirizzo mail ***risorse.umane@pec.asst-garda.it*** con le seguenti modalità:
  - 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.

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. 6.05.2009). 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 **devono** essere corredate da:
- Foglio informativo allegato
- Curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- Autocertificazione del servizio giuridico ed economico con indicazione del trattamento economico in godimento (modulo allegato);
- Autocertificazione dei titoli che il candidato intende far valere ai fini della valutazione;
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Elenco in duplice copia dei documenti presentati;

La selezione avverrà tramite valutazione comparativa e colloqui diretti; il colloquio tecnico motivazionale è teso a conoscere la specifica professionalità degli interessati 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 i posti da coprire.
Si terrà altresì conto dei criteri di anzianità, di prospettiva lavorativa, di minor costo e della residenza dei candidati.

I colloqui verranno effettuati il giorno **venerdì 27 novembre alle ore 10:00** presso la Sala Polivalente del Centro Socio Sanitario Polifunzionale "Damiana Abrami" dell'A.S.S.T. del Garda in via Mezzocolle n. 73 a Desenzano del Garda (BS).

Il presente avviso vale pertanto anche come convocazione al colloquio come sopra individuato; 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.
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.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Servizio Gestione Risorse Umane –Settore Reclutamento e Fabbisogno del Personale - Tel. 030/9145498-039.

Desenzano del Garda, 20/10/2026

per delega del Direttore Amministrativo
IL DIRETTORE S.C. GESTIONE RISORSE UMANE
Dott.ssa Manuela Pedroni

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Garda

Allegato A

Ill.mo Direttore Generale
dell'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 un posto di Assistente Sociale – Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari

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, nonchè di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere, dichiara quanto segue:

- di essere nat_ a _____ il _____;
- di essere residente in _____ cap _____
  via _____ n. ____;
- di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- di non essere incorso in provvedimenti disciplinari negli ultimi due anni;
- di essere dipendente a tempo indeterminato nella posizione funzionale/qualifica di _____
  della disciplina di _____
  presso l'Azienda _____;
- di aver superato il periodo di prova nella posizione funzionale e disciplina/qualifica di appartenenza;
- 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;
- 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 _____
- di accettare incondizionatamente la destinazione proposta dall'Azienda senza esclusione di alcun profilo orario;
- di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo:
  1) indirizzo PEC: _____
  2) indirizzo postale: Via_____ n. _____
     città:_____ (__) cap. _____
     Telefono n. _____

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:
- Foglio informativo;
- Curriculum vitae datato e firmato;
- Autocertificazione del servizio giuridico ed economico con indicazione del trattamento economico in godimento (modulo allegato);
- Autocertificazione dei titoli che il candidato intende far valere ai fini del la valutazione;
- Eventuale valutazione del collegio tecnico/nucleo di valutazione per la titolarità di incarichi conferiti nell'Azienda di appartenenza;
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Elenco in duplice copia dei documenti presentati.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Garda

Allegato B

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

Con riferimento alla richiesta di trasferimento presso codesta A.S.S.T. del Garda mediante procedura di mobilità per un posto di Assistente Sociale – Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari

il/la sottoscritto/a _____

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:

☐ di essere nato/a il _____ a _____
☐ di risiedere a _____ in Via _____ n ___
☐ di essere domiciliato/a a _____ in Via _____ n __
recapito telefonico _____ e-mail_____
☐ di avere il seguente codice fiscale: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
☐ di prestare servizio a tempo indeterminato presso la seguente amministrazione:
_____
nella posizione funzionale/qualifica
di:_____
della disciplina di: _____
con rapporto di lavoro: ☐ esclusivo
☐ non esclusivo
☐ a regime pieno (38 ore sett. per Dirigenti/36 ore sett. per Comparto)
☐ a tempo ridotto/parziale per n. ___ ore settimanali
con il seguente incarico dirigenziale ai sensi dell'art. 22 del C.C.N.L. 23/01/2024 dell'Area Sanità:
_____
(incarico professionale di base - incarico professionale di consulenza, studio, ricerca – incarico professionale di alta specializzazione – incarico professionale di altissima professionalità – incarico di direzione di struttura semplice – incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale)

☐ Data di assunzione _____ a tempo indeterminato dal _____
Sede di lavoro _____
☐ Di aver superato il periodo di prova nella posizione funzionale/disciplina di attuale inquadramento in data _____

☐ Di aver conseguito il seguente titolo di studio: Laurea in _____
in data _____ presso l'Università degli studi di _____

☐ Di aver conseguito il seguente diploma di specializzazione in _____
in data _____ presso l'Università degli studi di _____

☐ Di essere iscritto all'Ordine _____ 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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Garda

□ Che è stato adottato il seguente provvedimento disciplinare: _____
□ Che non è in corso procedimento 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 Socio Sanitaria Territoriale 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 _____

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Garda

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, 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:

Denominazione del datore di lavoro: □ pubblico □ privato _____		Qualifica/Servizio	Tipo di rapporto*
Da (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____	A (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____		
Denominazione del datore di lavoro: □ pubblico □ privato _____		Qualifica/Servizio	Tipo di rapporto*
Da (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____	A (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____		
Denominazione del datore di lavoro: □ pubblico □ privato _____		Qualifica/Servizio	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

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

STIPENDIO BASE 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 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.**