

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TO4  
AVVISO PUBBLICO PER MOBILITA' ESTERNA VOLONTARIA  
PER LA COPERTURA DI**

**N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DI MEDICINA INTERNA CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO ED ESCLUSIVO PER LA S.C. MEDICINA GENERALE IVREA – CUORGNE'**

Scadenza ISCRIZIONE: **15 LUGLIO 2016**

**MODALITA' DI ESPLETAMENTO**

L'avviso di mobilità si svolge attraverso una valutazione del curriculum dei candidati richiedenti e di un colloquio conoscitivo delle capacità tecnico/professionali.

**REQUISITI GENERALI DI PARTECIPAZIONE**

Possono presentare domanda di partecipazione alla procedura i dipendenti in servizio a tempo indeterminato presso le Aziende e gli Enti del comparto Sanità anche di Regioni diverse che abbiano superato il periodo di prova nel rispetto del profilo di cui sopra.

**PRESENTAZIONE DOMANDA**

La domanda di partecipazione deve essere presentata mediante la compilazione e spedizione del modulo allegato, corredato con il curriculum vitae. L'A.S.L. TO4 non accoglie domande di mobilità presentate al di fuori della presente procedura.

**COLLOQUIO**

I colloqui relativi alla procedura in argomento si terranno il giorno **22 Luglio 2016 alle ore 10,00** presso i locali della S.C. Amm.ne del Personale – Ufficio Stato Giuridico, Via Aldisio n. 2 - IVREA

In tale data i singoli candidati interessati all'avviso di mobilità ed iscritti dovranno presentarsi nella sede prevista muniti di documento di riconoscimento valido.

**La mancata presentazione al giorno del colloquio equivale a rinuncia.**

**ESITO DEL COLLOQUIO**

L'esito della procedura sarà comunicato ai candidati che si sono presentati al colloquio. Non verrà formata alcuna graduatoria. Il parere favorevole o non favorevole espresso in base alla valutazione dei curricula e del colloquio è insindacabile, in quanto le decisioni sono correlate unicamente alle esigenze dell'Azienda, fermo restando la diretta responsabilità dei soggetti che esprimono il parere e che improntano i colloqui personali al riconoscimento della professionalità specifica in relazione con le esigenze dei Servizi da loro diretti.

L'Azienda si riserva la piena facoltà di prorogare, sospendere, modificare o revocare il presente avviso ove ricorrano motivi di pubblico interesse escludendo per i partecipanti qualsiasi pretesa o diritto.

Per informazioni, gli aspiranti potranno rivolgersi alla S.C. Amministrazione del Personale – Ufficio Stato Giuridico di questa Azienda (tel. 0125/414454 – 455) o consultare il sito aziendale [www.aslto4.piemonte.it](http://www.aslto4.piemonte.it)

Ivrea, li 15 giugno 2016

Prot. n. 52539

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Lorenzo ARDISSONE  
(firmato in originale)

AC/GLV/MP/dma

ALL'AVVISO PUBBLICO DI MOBILITA' ESTERNA VOLONTARIA

AL DIRETTORE GENERALE A.S.L. TO4  
c.a. S.C. Amministrazione del Personale  
Ufficio Stato Giuridico  
Via Aldisio n. 2  
10015 IVREA (TO)

Pec: direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it

Il/La sottoscritto/a Cognome..... Nome.....

Luogo di nascita ..... data di nascita...../...../.....

**DICHIARA**

- la propria volontà di partecipare alla procedura di mobilità per la copertura di **n. 1 posto di DIRIGENTE MEDICO di MEDICINA INTERNA con rapporto di lavoro a tempo pieno ed esclusivo per la S.C. Medicina Ivrea - Cuorgnè**

pubblicata sul sito web aziendale con scadenza in data **15 Luglio 2016**

- Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

➤ di essere residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_

➤ domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_

➤ recapiti telefonici \_\_\_\_\_

➤ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

➤ di essere di stato civile \_\_\_\_\_ (figli n. \_\_\_\_\_)

➤ di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente (indicarla)

\_\_\_\_\_

➤ di essere/ non essere iscritto/a alle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_

➤ di essere in possesso del seguente codice fiscale \_\_\_\_\_

➤ di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari \_\_\_\_\_

➤ di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

➤ di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

➤ di essere tuttora iscritto al n. \_\_\_\_\_ Ordine dei

\_\_\_\_\_ della Provincia \_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_\_

- di essere attualmente dipendente della seguente Azienda \_\_\_\_\_
- in qualità di Dirigente \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_
- presso la S.C. /Servizio \_\_\_\_\_
- di aver superato il periodo di prova dal \_\_\_\_\_
- rapporto di lavoro orario ridotto  NO  SI tipologia orario \_\_\_\_\_
- rapporto esclusivo  NO  SI
- di rilasciare la propria incondizionata disponibilità ad accettare l'assegnazione presso qualsiasi sede di servizio individuata dall'Amministrazione (N.B. la non accettazione della presente clausola comporta l'inammissibilità alla procedura)

### SI DICHIARA INOLTRE

1. Riepilogo delle assenze a vario titolo (escluse le ferie) \_\_\_\_\_
  2. Ferie residue alla data attuale \_\_\_\_\_
  3. Consistenza numerica delle assenze per malattie negli ultimi tre anni \_\_\_\_\_
  4. Procedimenti disciplinari (ultimo biennio) \_\_\_\_\_  
Esito \_\_\_\_\_
  5. Esito per eventuali visite sanitarie  IDONEO  
 IDONEO CON LIMITAZIONI  
 INIDONEITA' TEMPORANEA  
 INIDONEITA' PERMANENTE
- Organismo che ha disposto il provvedimento:
- Medico Competente
- Commissione Medica di Verifica
6. Attività ex L. 266/91 \_\_\_\_\_  
(attività di volontariato, protezione civile, etc.....)
  7. Appartenenza a categoria protetta  SI  NO
  8. Procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_
  9. Condanne penali riportate \_\_\_\_\_
  10. Godimento benefici art. 33 L. 104/92 \_\_\_\_\_
  11. Godimento benefici art. 79 D.Lgs. 267/2000 \_\_\_\_\_

(componenti dei consigli comunali, provinciali, metropolitani, circoscrizionali, delle comunità montane, etc. )

12. Eventuali incarichi istituzionali \_\_\_\_\_
13. Eventuali incarichi sindacali \_\_\_\_\_
14. Eventuale contenzioso in atto con l'Ente di appartenenza (in caso di risposta affermativa è necessario specificare di che trattasi) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
15. Eventuale accertamento sanitario in corso \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara che quanto sopra riportato corrisponde a verità, assumendosene la piena responsabilità anche penale, ai sensi della normativa vigente.

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le disposizioni dell'Avviso di Mobilità e di essere consapevole che la mancata presenza il giorno del colloquio equivale a rinuncia.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di dare il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili predetti qualora assumano la connotazione dei dati sensibili, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti e alle finalità del presente procedimento e con le modalità sopra specificate.

**Allega, inoltre, curriculum vitae e documento d'identità.**

Data

firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_