

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

N. 3 POSTI DI OPERATORE SOCIO SANITARIO CAT. BS) CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO PER L'A.S.L. TO4

Scadenza ISCRIZIONE: **29 NOVEMBRE 2018**

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 o di altre Pubbliche Amministrazioni che abbiano superato il periodo di prova nel rispetto del profilo di cui sopra.

REQUISITI PREFERENZIALI

1. idoneità senza limitazioni sanitarie allo svolgimento di tutte le attività del profilo di appartenenza
2. disponibilità incondizionata a lavorare in tutti i Presidi Ospedalieri dell'A.S.L. TO4 con articolazione oraria sulle 24 ore.

PRESENTAZIONE DOMANDA

La domanda di partecipazione deve essere presentata mediante la compilazione e spedizione del modulo allegato, corredato con il curriculum vitae e **della dichiarazione attestante l'assenso preventivo e incondizionato alla mobilità rilasciata dall'Azienda di provenienza.**

L'Azienda, in relazione all'entità delle domande pervenute, si riserva la facoltà di valutarne l'ammissibilità dei candidati a prescindere dalla presenza dell'assenso preventivo predetto.

COLLOQUIO

I colloqui relativi alla procedura in argomento si terranno il giorno **18 Dicembre 2018 alle ore 9,30** presso il **Centro Congressi (sala piccola) dell'Ospedale di Chivasso – Via Ivrea – Chivasso.**

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

In relazione al giudizio espresso sul curriculum e sul colloquio, la commissione individua, nel caso ciò sia possibile, il candidato idoneo le cui caratteristiche in termini di competenza e professionalità siano quanto di più conformi e adatte al posto da ricoprire.

Qualora i candidati idonei siano di entità superiore al numero dei posti in mobilità, la commissione individua tra gli idonei il candidato prescelto basandosi sulle valutazioni di cui al periodo che precede.

L'esito della procedura sarà comunicato ai candidati che si sono presentati al colloquio.

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.

Ivrea, li 29 Ottobre 2018

Prot. n. 94961

AC/SM/MP/dma

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

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO DI MOBILITA' 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. **3 posti di OPERATORE SOCIO SANITARIO – cat. BS - con rapporto di lavoro a tempo pieno per l'A.S.L. TO4.**

pubblicata sul sito web aziendale con scadenza in data **29 NOVEMBRE 2018**

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 attualmente dipendente della seguente Azienda _____

- nel profilo professionale di Operatore Socio Sanitario (cat. BS) fascia economica _____

- dal (data di assunzione) _____ sede di lavoro _____
Struttura _____
- di aver superato il periodo di prova dal _____
- rapporto di lavoro orario ridotto NO SI tipologia orario _____
- 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 NO SI
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
