

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

N. 5 POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE (CAT. D) CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO PER L'A.S.L. TO4

Scadenza ISCRIZIONE: **27 LUGLIO 2020**

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. Detta valutazione è finalizzata a individuare, qualora ciò sia possibile, i candidati le cui caratteristiche siano quanto più conformi e adatte ai posti da ricoprire.

REQUISITI GENERALI DI PARTECIPAZIONE

Possono presentare domanda di partecipazione alla procedura i dipendenti, appartenenti al profilo per cui è bandito l'avviso, in servizio a tempo indeterminato presso le Aziende e gli Enti del comparto Sanità anche di Regioni diverse o di altre Pubbliche Amministrazioni.

PRESENTAZIONE DOMANDA

La domanda di partecipazione deve essere presentata mediante la compilazione e spedizione del modulo allegato, corredato con il curriculum vitae.

TERMINE E MODALITA' DI PRESENTAZIONE

La domanda di partecipazione all'avviso, sottoscritta, redatta in carta semplice, deve essere indirizzata al Direttore Generale dell'ASL TO4 - S.C. Amministrazione del Personale – Ufficio Stato Giuridico – Via Aldisio n. 2 - 10015 IVREA (TO) - e può essere presentata, con le seguenti modalità:

- 1) mediante consegna all'Ufficio Personale – Stato Giuridico presso la sede di Via Aldisio n. 2 - IVREA (TO), dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 12,00.

In tal caso la sottoscrizione dell'istanza può avvenire in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione ovvero l'istanza debitamente firmata dall'interessato può essere presentata anche da interposta persona unitamente a fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore dell'istanza.

- 2) a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata all'ASL TO4 – Ufficio Protocollo - Via Aldisio, 2 – 10015 IVREA;

In tal caso l'istanza debitamente firmata dall'interessato deve essere spedita unitamente a fotocopia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Le domande, inviate a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, si considerano prodotte in tempo utile se spedite entro il termine di scadenza; a tal fine fa fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante.

- 3) tramite posta elettronica certificata all'indirizzo PEC dell'ASL TO4 “direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it” (ai sensi del DPR n. 445 del 28/12/2000, del D.Lgs. 7/3/2005 n. 82 e s.m.i., DPR n. 68 del 11/02/2005 e della circolare n. 12 del 3/9/2010 della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica). La validità di tale invio è subordinato all'utilizzo da parte del candidato di propria casella di posta elettronica certificata. Non sarà ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice anche se indirizzata alla PEC Aziendale. L'istanza e tutta la documentazione deve essere

allegata in un unico file formato pdf comprensiva di copia di valido documento di identità in corso di validità dell'aspirante.

Inoltre si fa presente che la validità della trasmissione e ricezione del messaggio di posta elettronica certificata è attestata rispettivamente dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna di cui all'art. 6 del DPR n. 68/2005.

Si precisa inoltre che il termine ultimo per l'invio della domanda tramite PEC, a pena di esclusione, resta comunque fissato nelle ore 24,00 del giorno di scadenza.

COLLOQUIO

I colloqui relativi alla procedura in argomento si terranno nei termini e nei modi che saranno comunicati sul sito ASL TO4 (www.aslto4.piemonte.it - ASL da te – Lavoro – Concorsi, avvisi, selezione ed esiti).

ESITO DEL COLLOQUIO

In relazione al giudizio espresso sul curriculum e sul colloquio e previa motivata valutazione, la commissione individua, nel caso ciò sia possibile, i candidati idonei le cui caratteristiche in termini di competenza e professionalità siano quanto di più conformi e adatte ai posti da ricoprire.

Qualora i candidati idonei siano di entità superiore al numero dei posti in mobilità, la commissione individua tra gli idonei i candidati prescelti basandosi su una nuova valutazione tra i soli candidati idonei.

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

L'A.S.L. TO4 si riserva di non perfezionare il rapporto di lavoro in caso di carenza di idoneità psico-fisica incondizionata al profilo.

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
(deliberazione n. 642 del 15.06.2020)

Ivrea, li 26 Giugno 2020

Prot. n. 63619
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. **5**
posti di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE cat. D) con
rapporto di lavoro a tempo pieno per l'A.S.L. TO4.

pubblicata sul sito web aziendale con scadenza in data **27 LUGLIO 2020**

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 tuttora iscritto al n. _____ Ordine dei _____
della Provincia _____ a decorrere dal _____

- di essere attualmente dipendente della seguente Azienda _____
- _____
- nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere (cat. D) fascia economica _____ dal (data di assunzione) _____ sede di lavoro _____ Struttura _____
- di aver superato il periodo di prova dal _____
- di prevedere il superamento del periodo di prova dal _____
- rapporto di lavoro part-time ☒ NO ☐ SI (dal _____)
- 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 (L. 68/99 art. 1 o art. 18) NO ☐ SI ☐
8. Procedimenti penali in corso _____
9. Condanne penali riportate _____
10. Godimento benefici art. 33 L. 104/92 NO ☐ SI (per se stessi) ☐ SI (per terzi) ☐
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 GDPR 2016/679 del 27.04.2016, 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
