

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

N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA ANESTESIA E RIANIMAZIONE
CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO ED ESCLUSIVO DA ASSEGNARE
ALLE SS.CC. ANESTESIA E RIANIMAZIONE DELL'A.S.L. TO4.

Scadenza ISCRIZIONE: **4 FEBBRAIO 2021**

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, il candidato le cui caratteristiche siano quanto più conformi e adatte al posto da ricoprire.

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, appartenenti del profilo di cui sopra o equipollente.

REQUISITI PREFERENZIALI

Documentata esperienza nell'attività svolta in sala operatoria, terapia intensiva e terapia antalgica.

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 il giorno **9 Febbraio 2021 alle ore 9,30** presso i locali dell'Ufficio Stato Giuridico della SC Amm.ne del Personale dell'ASL TO4 – 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

In relazione al giudizio espresso sul curriculum e sul colloquio e previa motivata valutazione, 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 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. 1417 del 31.12.2020)

Ivrea, li 5 Gennaio 2021
Prot. n. 936

IL DIRETTORE
S.C. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
Dott. Marco PRICCO
(firmato in originale)

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO DI MOBILITA' VOLONTARIA

ALLA DIREZIONE 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 – disciplina ANESTESIA E RIANIMAZIONE con rapporto di lavoro a tempo pieno ed esclusivo da assegnare alle SS.CC. Anestesia e Rianimazione dell'A.S.L. TO4.**

pubblicata sul sito web aziendale con scadenza in data **4 FEBBRAIO 2021**

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 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 _____
- di prevedere il superamento del periodo di prova dal _____
- con un rapporto di lavoro a orario ridotto NO SI tipologia orario _____
- con 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. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso/ di aver riportato condanne penali e/o di avere procedimenti penali in corso (*) (in caso affermativo specificare quali) _____
2. di avere/non avere riportato sanzioni disciplinari nell'ultimo biennio (*) (in caso affermativo specificare quali) _____
3. di avere/non avere procedimenti disciplinari in corso (*)
4. esito delle visite sanitarie
 - IDONEO
 - IDONEO CON LIMITAZIONI
 - INIDONEITA' TEMPORANEA
 - INIDONEITA' PERMANENTE

Organismo che ha disposto il provvedimento:

Medico Competente

Commissione Medica di Verifica

5. di beneficiare/di non beneficiare della L. 104/92 o della legge 68/99, ai fini della fruizione degli ausili per il sostenimento della prova d'esame(*)

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

(*) cancellare la dicitura che non interessa