

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

N. 2 POSTI DI COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE (AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI – PROFILO PROFESSIONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO) CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO PER L'A.S.L. TO4

Scadenza ISCRIZIONE: **13 GENNAIO 2023**

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 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

Esperienza in ambito amministrativo-contabile

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

La convocazione dei candidati ammessi, per sostenere il colloquio, sarà effettuata unicamente sulla mail personale almeno 7 giorni prima della data in cui essi debbano sostenerlo.

La suddetta convocazione con l'indicazione della data, dell'ora e del luogo di svolgimento del colloquio relativo al presente avviso costituisce a tutti gli effetti formale notifica nei confronti dei candidati ammessi alla procedura in parola

La mancata presentazione al colloquio nel giorno, nell'ora fissata quali inizio e nella sede indicata, determina l'esclusione dalla procedura di mobilità, qualunque sia la causa dell'assenza, anche se non dipendente dalla volontà dei singoli concorrenti.

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. 1056 del 9.12.2022)

Ivrea, li 14 dicembre 2022

Prot. n. 132833

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. 2 posti di COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE (AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI – PROFILO PROFESSIONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO) CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO PER L'A.S.L. TO4**

pubblicata sul sito web aziendale con scadenza in data **13 GENNAIO 2023**

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 attualmente dipendente della seguente Azienda _____

- in qualità di Collaboratore Amministrativo Professionale

- dal (data di assunzione) _____
- 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 par-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. 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