

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

**N. 1 POSTO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – FISIOTERAPISTA  
CAT. D CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO PER L'ASL TO4.**

Scadenza ISCRIZIONE: **22 FEBBRAIO 2017**

**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**

- Disponibilità incondizionata a lavorare in tutti i Presidi Ospedalieri e Territoriali dell'ASL TO4.
- Idoneità incondizionata allo svolgimento di tutte le attività del profilo di appartenenza.
- Esperienza maturata in strutture operative ospedaliere e territoriali.

**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'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 **6 Marzo 2017 alle ore 9,30** presso i locali **dell'Ufficio Gestione Personale Prof.ni Sanitarie - Ospedale Ivrea (6° piano terrazza) – P.zza Credenza 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 23 Gennaio 2017  
Prot. N. 6049  
AC/MT/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: [personale@pec.aslto4.piemonte.it](mailto:personale@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 Collaboratore Professionale Sanitario – Fisioterapista cat. D con rapporto di lavoro a tempo pieno per l'A.S.L. TO4**  
pubblicato sul sito internet aziendale con scadenza in data **22 FEBBRAIO 2017**
  
- 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 Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista cat. D fascia economica \_\_\_\_\_

➤ dal (data di assunzione) \_\_\_\_\_ sede di lavoro \_\_\_\_\_

Struttura/Reparto \_\_\_\_\_

➤ Rapporto di lavoro part-time  NO  SI (dal \_\_\_\_\_)

Tipologia orario \_\_\_\_\_

➤ di aver superato il periodo di prova dal \_\_\_\_\_

➤ 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 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_