



**AVVISO DI MOBILITA' INTERNA**  
**COPERTURA DI POSTI VACANTI NEL PROFILO PROFESSIONALE DI**  
**COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – TECNICO DELLA**  
**PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO**  
**RISERVATO AL PERSONALE DEL COMPARTO IN SERVIZIO A TEMPO**  
**INDETERMINATO PRESSO L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA.**

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n.426 del 18.06.2018, è indetto avviso interno ai sensi dell'art. 18 del CCNL integrativo 98/01 e del Regolamento aziendale adottato con Deliberazione n. 231 del 08/03/2010, finalizzato alla copertura di:

- n. 2 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, vacanti presso il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana – U.O.C. "Igiene degli Alimenti e Nutrizione – S.I.A.N." – SEDE DI POTENZA

Il presente avviso è riservato esclusivamente al personale del comparto in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza rivestente il profilo messo ad avviso.

Per la presente procedura selettiva si applica, per quanto non espressamente di seguito specificato, il Regolamento aziendale di mobilità interna adottato con Deliberazione n. 231 di data 08/03/2010.

Ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30.6.2003 "*Codice in materia di protezione dei dati personali*", il trattamento dei dati personali forniti dai candidati sarà finalizzato allo svolgimento della procedura selettiva.

In conformità a quanto previsto dall'art. 7, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001 è garantita parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e al trattamento sul lavoro.

La partecipazione all'avviso è consentita ai candidati dell'uno e dell'altro sesso che siano in possesso dei requisiti prescritti. Al riguardo, ai sensi dell'art. 4, comma 3, della Legge n. 125/91 come sostituito ed integrato dall'art. 27, comma 5, del D.lgs n. 198 dell'11.04.2006; si specifica che il termine "candidati" usato nel testo va sempre inteso nel senso innanzi specificato e quindi riferito ai laureati "dell'uno e dell'altro sesso".

**AVVERTENZE**

1. Non saranno in alcun modo prese in considerazione le istanze già pervenute a questa Azienda su iniziativa dei singoli o che perverranno al di fuori del termine di vigenza della presente procedura di mobilità interna, ad eccezione delle mobilità "per compensazione";
2. La graduatoria che si formerà, in virtù ed in conseguenza del presente avviso, sarà utilizzata esclusivamente in costanza di nuove assunzioni ed a condizione di effettiva copertura del posto lasciato vacante per effetto della mobilità interna;
3. La presentazione dell'istanza di mobilità, nonché l'utile posizionamento nella graduatoria che si andrà a formare, equivale a consenso espresso allo spostamento richiesto, con la conseguenza che la graduatoria in parola sarà senza indugio utilizzata d'ufficio dalla UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane dell'ASP, salva rinuncia espressa del dipendente allo spostamento proposto;
4. I dipendenti, utilmente collocati in graduatoria di mobilità interna ordinaria, che rinunciano all'assegnazione, non possono ripresentare domanda per la medesima struttura per gli eventuali avvisi di mobilità indetti nei successivi ventiquattro mesi.



### 3) REQUISITI SPECIFICI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare al presente avviso di mobilità interna ordinaria, con le distinzioni operate in premessa, a domanda, i dipendenti in servizio a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza in possesso dei seguenti requisiti:

- a) *rapporto di lavoro a tempo indeterminato nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro interesse;*
- b) *superamento del periodo di prova;*

Tutti i requisiti di cui sopra devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente avviso per la presentazione delle domande di partecipazione ed essere dichiarati nelle stesse domande, a pena di esclusione. Il difetto anche di uno solo dei requisiti prescritti comporta la non ammissione all'avviso di mobilità.

Il possesso dei requisiti deve essere autocertificato dall'interessato mediante l'utilizzo dello schema di domanda allegato al presente avviso, che contiene le dichiarazioni da rendersi ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e *ss.mm.ii.* cui va allegato copia fotostatica di documento d'identità in corso di validità.

**Ai sensi dell'art. 15 della Legge n. 183 del 12.11.2011 l'eventuale produzione di certificato rilasciato da una pubblica Amministrazione è nulla.**

Si rammenta che l'Azienda è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi del DPR n. 445/2000 e *ss.mm.ii* e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non veritiera, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

### 4) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Per poter partecipare al presente avviso di mobilità interna i candidati, secondo lo schema esemplificativo allegato "A" al presente bando, dovranno far pervenire, a pena di esclusione, domanda diretta al Commissario dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

La domanda e la documentazione ad essa allegata devono essere inoltrate a mezzo servizio postale tramite raccomandata con avviso di ricevimento o presentate direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza- Sede di Potenza (Via Torraca, 2 85100 Potenza) nei giorni dal lunedì al venerdì nelle ore antimeridiane : ore 8,30 - 13,00 , dal lunedì al giovedì nelle ore pomeridiane: 15,00- 17,00 entro il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

Si considerano utilmente prodotte le domande spedite entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La domanda di partecipazione può essere, in alternativa, inoltrata per via telematica all'indirizzo PEC aziendale [protocollo@pec.aspbasilicata.it](mailto:protocollo@pec.aspbasilicata.it) (secondo quanto previsto dall'art. 65 del Dlgs n. 82/2005 e dalla circolare n. 12/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica). Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata personale. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC aziendale ovvero l'invio da PEC non personale. Si precisa, inoltre che per tale modalità di presentazione della domanda il termine ultimo di invio della stessa, a pena di esclusione, è fissato alle ore 24:00 del giorno di scadenza del presente avviso anche se festivo (quindicesimo giorno decorrente dalla pubblicazione del bando).

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; la



eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti.

Il presente bando, sarà disponibile sul sito internet aziendale [www.aspbasilicata.net](http://www.aspbasilicata.net).

Per la partecipazione all'avviso di mobilità interna gli aspiranti devono dichiarare, sotto la propria responsabilità, consapevoli delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui al DPR n. 445/2000:

- a. il cognome e il nome;
- b. la data, il luogo di nascita e la residenza;
- c. il servizio prestato nel solo profilo ad avviso con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e/o determinato presso enti del SSN o presso strutture equiparate;
- d. la struttura aziendale di attuale assegnazione;
- e. la sede aziendale di destinazione;
- f. l'avvenuto superamento del periodo di prova;
- g. eventuali benefici che rientrano nelle ipotesi di cui all'art. 33 della L. n. 104/1992;
- h. eventuali prescrizioni da parte del medico competente;
- i. di non aver usufruito, nei 24 mesi precedenti la pubblicazione del presente avviso, di altra procedura di mobilità volontaria ai sensi dell'art. 3 del regolamento aziendale.

L'interessato, inoltre, è tenuto ad indicare il domicilio (con l'indicazione del C.A.P.) presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni eventuale comunicazione relativa all'avviso. In caso di mancata indicazione vale ad ogni effetto di legge la residenza di cui alla *lett. b)*.

L'interessato, infine, è tenuto ad indicare il proprio recapito telefonico e/o il proprio indirizzo di posta elettronica per eventuali comunicazioni urgenti.

L'Azienda Sanitaria non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

La domanda deve essere datata e firmata, a pena esclusione, e la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata.

Alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità interna gli aspiranti potranno allegare ogni documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione. In tal caso le dichiarazioni, da allegarsi alla domanda di partecipazione, dovranno conformarsi a quanto di seguito:

1. dichiarazioni sostitutive di certificazioni, nei casi elencati all'art. 46 del D.P.R. 445/2000 (ad es. stato di famiglia, iscrizione ad ordini professionali, titoli di studio, titoli professionali, specializzazioni, abilitazioni, titoli di formazione e di aggiornamento ecc.): la firma non deve essere autenticata e non necessita la fotocopia del documento di identità del concorrente.
2. dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000: per tutti gli stati, qualità personali o fatti non espressamente indicati nell'art. 46 del predetto DPR che siano a diretta conoscenza dell'interessato (ad es. attività di servizio, borse di studio, incarichi libero professionali, docenze, conformità di copie agli originali ecc.).

Alla domanda dovrà allegarsi copia fotostatica fronte/retro di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.

Nella domanda dovrà riportarsi l'eventuale elenco dei titoli e dei documenti presentati.

## **5) FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE**

In caso di pluralità di domande, per la valutazione delle stesse, verrà costituita una apposita commissione così composta:



PRESIDENTE: un dipendente in rappresentanza della Direzione Sanitaria o Amministrativa Aziendale di qualifica dirigenziale;

COMPONENTI:

due dipendenti appartenenti allo stesso profilo del posto messo a selezione.

Le funzioni di segretario della Commissioni sono svolte da un dipendente di Cat. C, D e/o DS del ruolo amministrativo.

La Commissione procederà a verificare la sussistenza dei requisiti di ammissione e alla formulazione delle graduatorie, una per ciascuna sede, utilizzando i criteri indicati nel “*Regolamento aziendale per la mobilità interna*” approvato con la DDG n. 231 dell’8 marzo 2010.

In particolare il citato Regolamento, per la formulazione delle graduatorie relative a personale delle categorie C, D e DS, stabilisce quanto segue:

A) TITOLI DI CARRIERA (massimo punti 65)

Anzianità di servizio, nel profilo considerato, a tempo determinato/indeterminato prestato presso il S.S.N. o presso strutture equiparate: punti 2,000 per anno.

B) CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE (massimo punti 35)

Il punteggio è attribuito dalla Commissione in misura globale e con adeguata motivazione per ciascuna delle categorie di seguito indicate:

- |   |              |
|---|--------------|
| 1) Attività professionale:                | max punti 15 |
| 2) Attività di formazione e aggiornamento | max punti 10 |
| 3) Pubblicazioni                          | max punti 10 |

I punteggi relativi ai titoli di carriera e all’anzianità di servizio saranno attribuiti, nel caso in cui gli stessi siano stati prestati a tempo parziale, in misura proporzionale rispetto all’orario di lavoro previsto dal contratto (36h/sett.).

Per consentire una adeguata valutazione, i partecipanti al presente avviso avranno cura di documentare adeguatamente e con le modalità di autocertificazione sopra richiamate, gli eventuali titoli e situazioni che ritengono utile sottoporre alla valutazione.

**TUTTE LE COMUNICAZIONI DI CARATTERE GENERALE INERENTI LA PRESENTE PROCEDURA, SARANNO EFFETTUATE CON APPOSITO AVVISO SUL SITO INTERNET DELL’AZIENDA [WWW.ASPBASILICATA.IT](http://WWW.ASPBASILICATA.IT) ED AVRANNO VALORE DI NOTIFICA A TUTTI GLI EFFETTI.**

## 6) APPROVAZIONE E VALIDITA’ TEMPORALE DELLA GRADUATORIA

La graduatoria di merito è approvata dal Commissario con apposito atto dispositivo ed è immediatamente efficace.

La graduatoria rimarrà valida per un termine di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di approvazione.

I dipendenti, trasferiti a seguito di mobilità interna volontaria, non possono presentare domanda di mobilità prima che siano decorsi 24 (ventiquattro) mesi di servizio, tranne che verso strutture di nuova istituzione, pena l’esclusione dalla procedura di mobilità.

Coloro che, avendo usufruito di mobilità regionale o extraregionale nei 24 (ventiquattro) mesi che precedono la pubblicazione del bando, abbiano presentato domanda di partecipazione all’avviso di mobilità, vengono collocati in coda al personale già operante all’interno delle strutture dell’Azienda, nelle graduatorie di mobilità interna (Art. 3 Regolamento Aziendale).

I dipendenti, utilmente collocati in graduatoria di mobilità interna ordinaria, che rinunciano all’assegnazione, non possono ripresentare domanda per la medesima struttura per gli eventuali avvisi di mobilità indetti nei successivi ventiquattro mesi.



## 7) CRITERI ULTERIORI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA

**In attuazione di quanto stabilito dall'art. 7 "Regolamento aziendale per la mobilità interna", approvato con D.D.G. n. 231/2010, i dipendenti "che rientrano nelle ipotesi di cui all'art. 33 della L. n. 104/1992 e i dipendenti con prescrizione da parte del Medico Competente hanno diritto al trasferimento con priorità assoluta"**

**In caso di parità di posizione tra più richiedenti la mobilità si terrà conto dei criteri di preferenza previsti dalla vigente normativa per le procedure concorsuali.**

## 8) DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza si riserva la facoltà di prorarre il termine di scadenza della presentazione delle domande di partecipazione, di annullare o revocare il presente avviso, ove ricorrano motivi di pubblico interesse.

Gli interessati possono scaricare il presente bando, unitamente allo schema di domanda, dal sito internet aziendale [www.aspbasilicata.net](http://www.aspbasilicata.net).

Si indica quale Responsabile del Procedimento il Collaboratore Professionale Amministrativo sig.ra Santa BRUNO . "Gestione e Sviluppo Risorse Umane" alla quale potranno essere rivolte richieste di chiarimenti il lunedì ed il mercoledì, dalle ore 12,00 alle ore 14,00, telefonando al seguente numero di telefono: 0975/312416

Potenza, li \_\_\_\_\_

IL COMMISSARIO  
Dott. Giovanni Berardino CHIARELLI



(Schema di domanda - **ALLEGATO A -**)

Al Sig. Commissario  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)  
Via Torraca, 2 85100 – Potenza

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, nat il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_, e residente in  
\_\_\_\_\_ Prov.( \_\_\_\_ ) alla Via  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_, recapito  
telefonico \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_;

chiede

di essere ammess\_ a partecipare all'avviso di mobilità interna, per la copertura di n. 2 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, vacanti presso il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana – U.O.C. "Igiene degli Alimenti e Nutrizione – S.I.A.N." – SEDE DI POTENZA

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, dichiara:

- a) di essere dipendente a tempo indeterminato dell'ASP nel profilo professionale di \_\_\_\_\_ (cat. \_\_\_\_ ) dal \_\_\_\_\_ a tutt'oggi;
- b) di essere attualmente in servizio presso (*indicare la specifica struttura di assegnazione nell'ambito dell'Azienda*) \_\_\_\_\_;
- c) di aver superato il periodo di prova;
- d) di non aver usufruito nei 24 mesi precedenti la pubblicazione del bando di altra procedura di mobilità volontaria ai sensi dell'art. 3 del regolamento aziendale
- e) di avere/non avere usufruito negli ultimi 24 mesi di mobilità regionale o extraregionale;
- f) di essere titolare delle agevolazioni di cui all'art. 33 della L. n. 104/1992 e, in particolare (*specificare la situazione che determina le agevolazioni*):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_:

- g) di essere dipendente con prescrizioni/limitazioni all'attività lavorativa poste dal Medico Competente dell'Azienda e, in particolare (*specificare la situazione che determina le agevolazioni*):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_:



h) di avere in precedenza prestato servizio a tempo determinato o indeterminato presso i seguenti Enti del SSN (ovvero strutture ad essi equiparate), per i periodi e con la qualifica/profilo indicati:

Azienda/Ente: \_\_\_\_\_;

Tipologia \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ rapporto \_\_\_\_\_ (1):

\_\_\_\_\_;

Qualifica/Profilo \_\_\_\_\_ rivestito:

\_\_\_\_\_;

Data inizio rapporto \_\_\_\_\_ Data fine rapporto \_\_\_\_\_;

Il rapporto di lavoro è stato a tempo pieno o parziale: \_\_\_\_\_ (indicare numero di ore settimanali).

Azienda/Ente: \_\_\_\_\_;

Tipologia \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ rapporto \_\_\_\_\_ (1):

\_\_\_\_\_;

Qualifica/Profilo \_\_\_\_\_ rivestito:

\_\_\_\_\_;

Data inizio rapporto \_\_\_\_\_ Data fine rapporto \_\_\_\_\_;

Il rapporto di lavoro è stato a tempo pieno o parziale: \_\_\_\_\_ (indicare numero di ore settimanali).

Azienda/Ente: \_\_\_\_\_;

Tipologia \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ rapporto \_\_\_\_\_ (1):

\_\_\_\_\_;

Qualifica/Profilo \_\_\_\_\_ rivestito:

\_\_\_\_\_;

Data inizio rapporto \_\_\_\_\_ Data fine rapporto \_\_\_\_\_;

Il rapporto di lavoro è stato a tempo pieno o parziale: \_\_\_\_\_ (indicare numero di ore settimanali).

Azienda/Ente: \_\_\_\_\_;

Tipologia \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ rapporto \_\_\_\_\_ (1):

\_\_\_\_\_;

Qualifica/Profilo \_\_\_\_\_ rivestito:

\_\_\_\_\_;



Data inizio rapporto \_\_\_\_\_ Data fine rapporto \_\_\_\_\_ ;

Il rapporto di lavoro è stato a tempo pieno o parziale: \_\_\_\_\_ (indicare numero di ore settimanali).

Azienda/Ente: \_\_\_\_\_ ;

Tipologia \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ rapporto \_\_\_\_\_ (1):

\_\_\_\_\_ ;

Qualifica/Profilo \_\_\_\_\_ rivestito:

\_\_\_\_\_ ;

Data inizio rapporto \_\_\_\_\_ Data fine rapporto \_\_\_\_\_ ;

Il rapporto di lavoro è stato a tempo pieno o parziale: \_\_\_\_\_ (indicare numero di ore settimanali).

Dichiara, altresì, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, ai fini della valutazione del curriculum formativo e professionale e per l'attribuzione dei conseguenti punteggi:

di aver svolto le seguenti, specifiche attività professionali:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ;

di aver svolto le seguenti attività di formazione ed aggiornamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ;

di essere l'autore/coautore delle seguenti pubblicazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ;



N.B.: le dichiarazioni rese debbono essere adeguatamente documentate e le pubblicazioni debbono essere allegate

Dichiara, infine, che l'indirizzo al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è il seguente \_\_\_\_\_ e di essere a conoscenza che ogni comunicazione di carattere generale relativa all'avviso sarà effettuata, ed avrà valore di notifica per tutti i partecipanti, sul sito internet dell'Azienda Sanitaria di Potenza [www.aspbasilicata.it](http://www.aspbasilicata.it)

Autorizza, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30.06.2003, l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza al trattamento dei dati personali forniti.

Si elencano di seguito i documenti allegati alla presente domanda:

- 1) \_\_\_\_\_ ;
- 2) \_\_\_\_\_ ;
- 3) \_\_\_\_\_ ;
- 4) \_\_\_\_\_ ;
- 5) \_\_\_\_\_ ;
- 6) \_\_\_\_\_ ;
- 7) \_\_\_\_\_ ;

Si allega, altresì copia fronte-retro di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma (non autenticata) \_\_\_\_\_