



AVVISO DI MOBILITA' INTERNA

COPERTURA DI N. 1 POSTO VACANTE NEL PROFILO PROFESSIONALE DI **OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S.) (CAT. BS)** RISERVATO AL PERSONALE DEL COMPARTO IN SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA.

In esecuzione della Deliberazione del Commissario n. 744 del 02.11.2018, è indetto avviso interno ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali e del Regolamento aziendale adottato con Deliberazione n. 231 del 08/03/2010, finalizzato alla copertura di:

n. 1 posto di Operatore Socio Sanitario- Cat. Bs presso il Poliambulatorio "Madre Teresa di Calcutta" 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 professionale di Operatore Socio Sanitario - cat. BS.

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 I, 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 candidati "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" purchè su posti già definitivamente assegnati;
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 utilizzata d'ufficio dalla UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane dell'ASP, salva rinuncia espressa del dipendente allo spostamento proposto;
4. I dipendenti del profilo professionale di OSS che hanno già partecipato alla mobilità indetta con deliberazione n. 369/2018, se interessati, possono partecipare alla presente mobilità per l'eventuale assegnazione al posto di OSS presso il Poliambulatorio "Madre Teresa di Calcutta";

1) REQUISITI SPECIFICI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare al presente avviso di mobilità interna ordinaria, 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 Operatore Tecnico Specializzato – Autista di Ambulanza cat. Bs ;*
- 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 dei modelli allegati al presente avviso 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.

2) 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 possono essere :

- spedite a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: AZIENDA SANITARIA LOCALE di POTENZA Via Torraca, 2 85100 Potenza

In tal caso fa fede il timbro con la data di spedizione dell'ufficio postale accettante ;

oppure

- 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 all'Albo *on line* dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

Si considerano utilmente prodotte le domande pervenute entro il termine indicato. 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 (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.

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, compreso gli allegati, sarà disponibile sul sito internet aziendale www.aspbasilicata.it

Per la partecipazione all'avviso di mobilità interna gli interessati 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 di attuale assegnazione;
- e) la sede aziendale di destinazione: Poliambulatorio " Madre Teresa di Calcutta " di Potenza ;
- f) l'avvenuto superamento del periodo di prova ;
- g) eventuali benefici che rientrano nelle ipotesi di cui all'art. 33 della legge 104/92 ;
- h) eventuali prescrizioni da parte del Medico competente
- i) di non aver usufruito nei 24 mesi precedenti la pubblicazione del bando dell'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 (allegato A) gli aspiranti dovranno allegare, a pena di esclusione, i modelli allegati B e C:

-dichiarazioni sostitutive di certificazioni (allegato B) 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).

-dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà (allegato C) 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.). Tale dichiarazione deve essere sottoscritta e alla stessa deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità personale del sottoscrittore.

L'attestazione dei servizi prestati poiché resa mediante autocertificazione ex art. 47 del D.P.R. 445/2000, dovrà contenere, pena la non valutazione, l'esatta denominazione dell'ente, la qualifica

e la disciplina rivestita, il tipo di rapporto di lavoro (a tempo determinato o indeterminato, a tempo pieno o parziale con l'indicazione dell'impegno orario settimanale etc.) la natura del rapporto (autonomo o subordinato) le date di inizio e di conclusione dei vari servizi prestati.

3) AMMISSIONE \ ESCLUSIONE DEI CANDIDATI:

All'ammissione ovvero all'ammissione con riserva ovvero all'esclusione dei candidati, previa verifica dei requisiti di ammissione indicati nel presente avviso si provvederà con apposito atto L'elenco dei candidati ammessi ovvero ammessi con riserva ovvero esclusi sarà pubblicato sul sito internet aziendale www.aspbasilicata.it .

Si precisa che la suddetta pubblicazione assume valore di notifica a tutti gli effetti per tutti i candidati che presenteranno domanda di partecipazione all'avviso di mobilità in parola.

L'esclusione dalla procedura selettiva verrà notificata entro trenta giorni dalla data di esecutività del provvedimento.

4) APPROVAZIONE E VALIDITÀ TEMPORALE DELLA GRADUATORIA.

In caso di pluralità di domande , si procederà alla formulazione della graduatoria con riferimento ai criteri già stabiliti nel Regolamento Aziendale, con particolare riguardo all'art. 7 e all'allegato n. 1 – Deliberazione n.231/ 2010, nonché alla vigente legislazione nazionale disciplinante criteri di preferenza nelle procedure concorsuali.

La graduatoria di merito verrà stilata dall'U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane; sarà approvata dal Commissario con apposito atto 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

5) DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza si riserva la facoltà di protrarre 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.it.

Si indica quale Responsabile del Procedimento la sig.ra Santa BRUNO – Collaboratore Amministrativo Professionale - U.O.C. "Gestione del Personale" – Sede amministrativa di Villa d'Agri alla quale potranno essere rivolte richieste di chiarimenti

il martedì e il giovedì , dalle ore 15:00 alle ore 17:00, telefonando al seguente numero di telefono: 0975 -312416

Potenza, li _____

IL Commissario
(Dr. Giovanni Berardino Chiarelli)

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, indetto con D.C n. _____ del
_____ per la copertura di n. 1 posto di **Operatore Socio Sanitario Cat. Bs** individuato
presso il Poliambulatorio " Madre Teresa di Calcutta"

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 in possesso della cittadinanza italiana;
- b) di essere iscritt_ nelle liste elettorali del Comune di _____ (1);
- c) di non aver subito condanne penali
ovvero _____;
- d) di non essere sottoposto a misure di sicurezza e\o prevenzione
ovvero _____;
- e) di avere la seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____;
- f) di essere in possesso del titolo di studio _____;
- g) di essere dipendente a tempo indeterminato dell'ASP nel profilo di OPERATORE SOCIO
SANITARIO cat. Bs dal _____ e attualmente in servizio presso
_____;
- i) di aver superato il periodo di prova;
- j) di avere la piena idoneità fisica al posto da ricoprire senza alcuna limitazione ovvero
_____;
- k) di avere /non avere avuto procedimenti disciplinari nell'ultimo triennio che abbiano dato luogo
ad una sanzione disciplinare superiore al rimprovero verbale, né di averne in corso;
- l) non aver usufruito nei 24 mesi precedenti la pubblicazione del presente bando di altra
procedura di mobilità volontaria ai sensi dell'art. 3 del regolamento aziendale
- m) di avere / non avere usufruito negli ultimi 24 mesi precedenti la pubblicazione del presente
bando , di mobilità regionale o extraregionale;
- n) è in possesso delle seguenti situazioni familiari e personali di cui al punto B) dell'allegato "1" del
Regolamento Aziendale di cui alla delib. n.231/2010 e precisamente:

_____;
- o) rientra nelle ipotesi contemplate dall'art. 7 del Regolamento Aziendale di cui alla deliberazione
n, 231/2010 e precisamente :
-1. beneficiario di permessi contemplati nell'art. 33 della legge 104/92 dal _____;
-2 beneficiario di prescrizioni da parte del Medico Competente dal _____
- p) che l'indirizzo al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente
avviso è il seguente _____;
- q) di autorizzare , 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

Allega:

1. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI (art.. 46 del D.P.R. 445/2000)- Allegato B
2. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000) – Allegato C
3. copia fotostatica fronte-retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
4. elenco dei documenti

Data _____ **Firma** (non autenticata)_____

Note : 1) in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicare i motivi

- N.B.** 1) contrassegnare le dichiarazioni che interessano
2) depernare le dichiarazioni che non interessano

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Il\La sottoscritt _____ nat_ il _____
a _____ e residente in _____ alla via
_____, 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

sotto la propria responsabilità quanto segue:

1. di aver conseguito il seguente titolo di studio _____
in data _____ presso _____

2. di essere in possesso dei seguenti titoli :

Data _____

Firma del Dichiarante

ALLEGATO "C"
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
___/___/___, Consapevole delle responsabilità civili e penali derivanti da false o
mendaci dichiarazioni, formazione di atti falsi e loro uso nei casi previsti dal T.U. sopra
citato, sotto la sua personale responsabilità:

DICHIARA

Quanto segue :

**A. di aver prestato e/o di prestare i seguenti servizi presso STRUTTURE PUBBLICHE
E/O ENTI di cui all'art. 21, comma 1, DPR 220/2001:**

1. Ente _____ Qualifica _____
Tipo di rapporto (1) _____ dal ___/___/___
al ___/___/___;

2. Ente _____ Qualifica _____
Tipo di rapporto _____ dal ___/___/___
al ___/___/___;

3. Ente _____ Qualifica _____
Tipo di rapporto _____ dal ___/___/___
al ___/___/___;

**B. di aver prestato e/o di prestare i seguenti servizi presso STRUTTURE
PRIVATE CONVENZIONATE O ACCREDITATE di cui all'art. 21, comma 3,
DPR 220/2001¹:**

1. Ente _____ Qualifica _____ Tipo di
rapporto(1) _____ dal ___/___/___
al ___/___/___;

1. Ente _____ Qualifica _____ Tipo di
rapporto _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;

(1)Indicare se a tempo determinato o indeterminato, se tempo pieno o parziale (con
relativa percentuale) e se il rapporto di lavoro è autonomo o subordinato)

**C. Di essere inoltre in possesso dei seguenti titoli, diversi da quelli sopra
elencati:**

1) _____ 2) _____

3) _____;

**D) Dichiaro inoltre (tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nelle
precedenti voci):**

Data _____

Firma per esteso

(allegare obbligatoriamente una fotocopia di un documento di identità valido)

ALLEGATO "1" del Regolamento Aziendale ex Deliberazione del D.G. n. 231/2010
CRITERI PER LA MOBILITÀ A DOMANDA E D'UFFICIO
CATEGORIE A, B e Bs

A) ANZIANITÀ DI SERVIZIO (massimo 50 punti)

L'anzianità di servizio a tempo determinato/indeterminato prestato nel SSN o presso strutture equiparate nel solo profilo di appartenenza, verrà valutata tenendo conto dei criteri di valutazione dei titoli di carriera di cui all'articolo 11 lettera a) del D.P.R. 220/2001 -fino al raggiungimento di un massimale come di seguito disciplinato:

- fino ad un massimo di 50 punti per la categoria A;
- fino ad un massimo di 50 punti per la categoria B e livello economico Bs;

Per ogni anno di anzianità verrà attribuito il seguente punteggio:

- 1,200 ad anno per il servizio prestato nel profilo di appartenenza.

I servizi prestati a tempo parziale saranno valutati proporzionalmente all'orario di lavoro previsto dal contratto (36h/sett.).

B) SITUAZIONE FAMILIARE E PERSONALE (massimo 5 punti da considerarsi solo in caso di parità di punteggio)

I punteggi di seguito riportati verranno attribuiti solo nel caso la mobilità in questione comporti per il dipendente un reale spostamento di sede lavorativa (Struttura) rispetto a quella di appartenenza.

- punti 1,5 per documentati motivi di salute e per ogni figlio in età prescolare;
- punti 1 per ogni figlio in età scolare con un massimo di 14 anni (in assenza del coniuge verranno aggiunti ulteriori 0,5 punti);
- punti 0,5 per ogni figlio minore a carico, che non rientri nelle fattispecie di cui ai punti precedenti e per ogni genitore non autosufficiente (debitamente documentato) a carico e convivente.