



AVVISO DI MOBILITA' INTERNA FINALIZZATO ALLA COPERTURA DI POSTI VACANTI NEL PROFILO PROFESSIONALE DI OPERATORE SOCIO SANITARIO CAT. BS, 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. 655 del 12/10/2015 e 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. **31 posti di OPERATORI SOCIO SANITARI** come di seguito distribuiti:

Presidio Ospedaliero di Melfi	n. 11
Presidio Ospedaliero di Lagonegro	n. 8
Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri	n. 5
Struttura Territoriale di Maratea	n. 2
Centro Alzheimer – Presidio Distrettuale di Venosa	n. 5

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 con la qualifica 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 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. Nell'indicazione della sede il dipendente avrà cura di individuare UNA SOLA sede di possibile trasferimento. Per sede si intende il Presidio Ospedaliero ovvero la Struttura

Aziendale di destinazione. L'indicazione di sedi multiple o l'indicazione di reparti e/o UOC e/o ambulatori presso la stessa sede sarà causa di esclusione.

3. 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;
4. 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;
5. 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.

1) 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 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 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 Direttore Generale 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 sull'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 (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, compreso gli allegati, sarà disponibile sul sito internet aziendale 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 legge 104/92;
- h) eventuali prescrizioni da parte del Medico competente
- i) eventuali situazioni familiari e personali che potranno, in caso di parità di punteggio, essere tenute in considerazione con attribuzioni del punteggio così come riportato nel paragrafo B) dell'allegato " 1" del Regolamento Aziendale di cui alla deliberazione n. 231/2010
- i) 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;

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 la propria

email 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 stessa il candidato dovrà allegare una fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità.

Alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità interna gli aspiranti dovranno allegare, a pena di esclusione, i seguenti documenti in carta semplice:

1.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.

2.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.

3.copia fotostatica fronte retro documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità;

4. un elenco dei titoli e dei documenti presentati.

3) AMMISSIONE \ ESCLUSIONE DEI CANDIDATI

L'Amministrazione provvederà, con apposito atto, all'ammissione ovvero all'ammissione con riserva ovvero all'esclusione dei candidati, previa verifica dei requisiti di ammissione indicati nel presente avviso.

L'elenco dei candidati ammessi ovvero ammessi con riserva ovvero esclusi sarà pubblicato sul sito internet aziendale www.aspbasilicata.net il *quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza dei termini per la presentazione delle domande*

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) CRITERI PER LA FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA

In caso di pluralità di domande, si procederà alla formulazione della graduatoria che dovrà essere compilata sulla base dell'anzianità di servizio nel solo profilo di

Operatore Socio Sanitario,

La graduatoria verrà stilata dall'U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane dell'ASP.

La valutazione dell'anzianità sarà effettuata con i criteri di cui all'art. 11 lettera a) del D.P.R. 220/2001, attribuendo fino ad un massimo di 50 punti e per ciascun anno punti 1,200 (giusto riferimento nel Regolamento Aziendale di cui alla deliberazione n. 231/2010) Oltre ai criteri precisati innanzi per la formulazione della graduatoria, si avrà cura di considerare, ai fini del migliore posizionamento in graduatoria, i criteri indicati nell'art. 7 del Regolamento Aziendale. Pertanto, priorità assoluta per la posizione in graduatoria avranno coloro che rientrano nelle ipotesi di cui all'art. 33 della legge 104/92 e i dipendenti con prescrizione da parte del Medico Competente. In presenza di più interessati beneficiari delle situazioni contemplate nell'art. 7 del Regolamento aziendale più volte citato, si terrà conto del punteggio conseguito nella valutazione dell'anzianità di servizio.

A parità di punteggio si terrà conto dei criteri elencati nell'allegato "1" del Regolamento aziendale (Deliberazione n. 231/2010), nonché della vigente legislazione nazionale disciplinante criteri di precedenza nelle procedure concorsuali

Tali criteri saranno, comunque, applicati in tutti i casi di parità di punteggio

5) APPROVAZIONE E VALIDITÀ TEMPORALE DELLA GRADUATORIA.

La graduatoria di merito è approvata dal Direttore Generale 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.

6) 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.net.

Si indica quale Responsabile del Procedimento il Collaboratore Professionale Amministrativo sig.ra Santa BRUNO U.O.C. "Gestione e Sviluppo Risorse Umane 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: 0975312416.

Potenza, li _____

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Giovanni Battista BOCHICCHIO)

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

Al Direttore Generale
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 del posto/i di

OPERATORE SOCIO SANITARIO

presso _____ **unica sede prescelta**

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 dell'Attestato di qualifica OSS conseguito presso _____ il _____;
- g) di essere dipendente a tempo indeterminato dell'ASP nel profilo professionale di OPERATORE SOCIO SANITARIO dal _____ e di essere attualmente in servizio presso la sede aziendale _____;
- h). di aver superato il periodo di prova;
- i) di avere la piena idoneità fisica al posto da ricoprire senza alcuna limitazione ovvero è in possesso di certificazione con prescrizioni rilasciata dal Medico Competente (2) ;
- l) 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 :
_____ ;
- m)è beneficiario di permessi contemplati nell'art. 33 della legge 104/92 dal _____
- n) 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 ovvero di avere usufruito negli ultimi 24 mesi di mobilità regionale o extraregionale;
- o) 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
- p)che l'indirizzo al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è il seguente _____;

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)depennare le dichiarazioni che non interessano

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) _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____
_____ il _____ 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 diploma di _____
in data _____ presso _____

2. di aver conseguito l'Attestato di OPERATORE SOCIO SANITARIO
in data _____ presso _____

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

Di essere in possesso dei seguenti titoli, conseguiti alla data di scadenza del presente bando/avviso e validi agli effetti della valutazione di merito:

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 ____ / ____ / ____ /;

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) _____ ;

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)