



AVVISO DI MOBILITA' INTERNA PRESIDIO OSPEDALIERO DI MELFI

AVVISO DI MOBILITA' INTERNA FINALIZZATO ALLA DIVERSA ASSEGNAZIONE DI COLLABORATORI PROFESSIONALI SANITARI - INFERMIERI CAT. D GIA' IN SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO - A TEMPO PIENO, ALLE UNITA' OPERATIVE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI MELFI

In esecuzione della Delibera del Direttore Generale n. _____ è indetto avviso di mobilità interna riservato esclusivamente al personale a tempo indeterminato in servizio presso il Presidio Ospedaliero di Melfi, con la qualifica di **Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere Cat. D.**

Per quanto non espressamente previsto trova applicazione il Regolamento aziendale di mobilità interna adottato con Deliberazione n. 231 del 8.03.2010.

Ai sensi del D. Lgs n°196 del 30/06/2003 “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 candidati dell'uno e dell'altro sesso.

I posti messi ad avviso di mobilità interna, sono così suddivisi:

- U.O. UTIC: 3
- U.O. Medicina: 4
- U.O. Chirurgia: 4
- U.O. Ortopedia:1
- Sala Operatoria di Ortopedia: 1
- Pronto Soccorso OBI: 4
- U.O. Psichiatria: 1
- U.O. Ostetricia e Ginecologia: 1
- U.O. Rianimazione: 1
- U.O. Neonatologia: 1

REQUISITI SPECIFICI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare al presente avviso di mobilità interna, a domanda, i dipendenti in servizio a tempo indeterminato presso il Presidio Ospedaliero di Melfi 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 DPR n°445/2000 e ss.mm.ii., cui va allegata 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.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E PRESENTAZIONE

Per poter partecipare al presente Avviso di mobilità interna i candidati, secondo lo schema di domanda allegato al presente bando, dovranno presentare al protocollo della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Melfi, **a pena di esclusione**, domanda diretta al Direttore Medico del medesimo Presidio Ospedaliero, entro il decimo giorno successivo a quello di pubblicazione online dell'avviso sul sito aziendale ASP. Si considerano utilmente prodotte le domande consegnate entro le ore 13,00 dell'ultimo giorno utile. Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato alle ore 13,00 del primo giorno successivo non 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, compresi gli allegati, sarà disponibile sul sito internet aziendale www.aspbasilicata.net.

Per la partecipazione al presente avviso, 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 con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e/o determinato in 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) eventuale possesso di titoli di precedenza;
- h) 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'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 di esclusione, e la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata. Alla stessa il candidato dovrà allegare una fotocopia del proprio documento d'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:

- copia fotostatica fronte retro documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità;
- un curriculum formativo e professionale redatto su carta semplice datato e firmato, formalmente documentato ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.;
- un elenco dei titoli e dei documenti presentati.

L'autocertificazione dovrà essere resa secondo gli allegati B e C del presente avviso e sarà ritenuta valida solo se prodotta nelle seguenti forme:

dichiarazioni sostitutive di certificazioni (Allegato B) nei casi elencati all'art. 46 del DPR 445/2000 (ad esempio 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 d'identità del concorrente;

dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà (Allegato C) ai sensi dell'art. 47 del DPR 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.

Qualora l'attestazione dei servizi prestati venga resa mediante autocertificazione ex art. 47 del DPR 445/2000, la stessa 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 indeterminato, a tempo pieno o parziale con indicazione dell'impegno orario settimanale ecc.), la natura del rapporto (autonomo o subordinato), le date di inizio e di conclusione dei vari periodi di servizio prestato, le eventuali interruzioni intervenute nonché la dichiarazione della ricorrenza o meno delle condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del DPR citato.

COMMISSIONE ESAMINATRICE

In casi di pluralità di domande, per la valutazione delle stesse, verrà costituita un'apposita commissione così composta:

PRESIDENTE:

- Direttore Medico di Presidio o un suo delegato;

COMPONENTI:

- Due dipendenti appartenenti allo stesso profilo del posto messo a selezione o a profilo superiore;
- Un segretario della categoria C – D e /o DS del ruolo amministrativo.

La Commissione esaminatrice si riserva la facoltà di valutare l'opportunità di convocare i candidati per un colloquio informativo/conoscitivo volto alla valutazione dell'idoneità del candidato all'espletamento delle mansioni cui verrà assegnato, successivamente, formulerà specifica graduatoria di merito secondo l'ordine dei punti della valutazione complessiva riportata da ciascun candidato con riferimento ai criteri già stabiliti dal Regolamento Aziendale, agli allegati 1 e 2, giusta Deliberazione n°231/2010 e dei criteri ulteriori di cui ai punti 5) e 6).

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 in data _____.

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.

APPROVAZIONE E VALIDITA' 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 extra-regionale 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 nei successivi ventiquattro mesi.

CRITERI ULTERIORI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA

Oltre ai criteri di carriera e formativi di cui all'allegato n°2 del Regolamento Aziendale, approvato con deliberazione n°231/2010, si avrà cura di considerare, ai fini del migliore posizionamento in graduatoria, i benefici di cui alla L. n°104/1992 ex art. 7 del Regolamento Aziendale, nonché la vigente legislazione nazionale disciplinante criteri di preferenza nelle procedure concorsuali.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza si riserva la facoltà di prorogare 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 bando, unitamente allo schema di domanda, dal sito internet aziendale www.aspbasilicata.net.

Si indica quale Responsabile del procedimento la Dr.ssa Patrizia Bevilacqua – U.O.C. Segreteria Direzionale – Sede Amministrativa di Potenza, alla quale potranno essere rivolte richieste di chiarimenti il lunedì e il mercoledì, dalle ore 15,30 alle ore 17,30 telefonando al seguente numero: 0971/310572 oppure inviando una e-mail all'indirizzo: patrizia.bevilacqua@aspbasilicata.it.

Potenza, lì _____

Il Direttore Medico del P.O. di Melfi
Dr. Luigi D'Angola

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

Al Direttore Medico del P.O. di Villa d'Agri

l sottoscritt _____, nat _____
il _____ a _____, e _____ residente
in _____ (provincia di _____) alla Via
_____, n. _____, cap _____, recapito
telefonico _____, e-mail _____;

chiede

di essere ammess_ a partecipare all'avviso interno per il profilo professionale di Collaboratore professionale sanitario – Infermiere – cat. D , finalizzato a " diversa assegnazione".

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 e a tempo pieno presso il Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri nel profilo professionale di Collaboratore professionale sanitario – Infermiere – Cat. D , presso l'U.O. _____;
- b) di non aver usufruito , nei 24 mesi precedenti la data di scadenza dell'avviso di altra procedura di " diversa assegnazione " nell'ambito dello stesso presidio;
- c) di essere in possesso dei seguenti titoli :

Data _____

Firma (non autenticata) _____

(Allegato B)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI (Art. 46 del DPR n°445/2000)

Il sottoscritto _____ nat _ a _____ il
_____ e residente in _____

alla Via _____, consapevole delle sanzioni penali previste in 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:

I sottoscritt _ autorizza, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n°196 del 30/06/2003, l'Azienda Sanitaria Locale
di Potenza al trattamento dei dati personali forniti con la presente dichiarazione.

Data _____

FIRMA DEL SOTTOSCRITTORE

(Allegato C)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Artt. 19 e 47 del DPR n°445/2000)

Il/La sottoscritt _____

nat _ a _____ il _____ e residente in _____

alla Via _____ , consapevole delle sanzioni penali previste in
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:

I sottoscritt _ autorizza, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n°196 del 30/06/2003, l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza al trattamento dei dati personali forniti con la presente dichiarazione.

Data _____

Firma del Dichiarante
