

**ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N. 437 DEL 11.11.2016****AVVISO PUBBLICO DI MOBILITA' VOLONTARIA ENDOREGIONALE PER TITOLI E
COLLOQUIO RISERVATO AI DIPENDENTI DI AZIENDE SANITARIE DELLA
REGIONE PIEMONTE PER N.1 POSTO DI COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSIONALE CAT. D) O DS)**

In esecuzione alla deliberazione assunta dal Direttore Generale, è indetto avviso pubblico di mobilità endoregionale, per titoli e colloquio, per il seguente profilo del ruolo Amministrativo:

- n. 1 Posto di profilo Collaboratore Amministrativo Professionale Cat. D) o DS) a tempo pieno

Possono presentare istanza i dipendenti di ruolo presso Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, in servizio con contratto di lavoro subordinato e rapporto di lavoro a tempo indeterminato nel profilo oggetto della selezione che abbiano superato il periodo di prova e che siano in possesso della piena idoneità specifica alla mansione inherente il profilo. I requisiti di ammissione devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande ed il difetto anche di uno solo degli stessi comporta l'esclusione dalla precedente procedura.

Requisiti specifici :

- Status di dipendente a tempo indeterminato nel profilo di Collaboratore Amministrativo Professionale Cat. D) o DS) presso Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, in servizio con contratto di lavoro subordinato nel profilo oggetto della selezione con superamento del periodo di prova.
- Piena idoneità specifica alla mansione inherente il profilo.
- Nulla osta preventivo di assenso al trasferimento dell'Amministrazione di appartenenza ai sensi dell'art. 4 della Legge n.114 del 11.08.2014.

Gli interessati devono presentare domanda di ammissione, redatta in carta semplice, al Direttore Generale dell'ASL VCO – Via Mazzini 117 – 28887 OMEGNA (Vb) entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di pubblicazione dell'avviso sul sito informatico istituzionale dell'ASL nonché all'Albo Ufficiale, così come previsto dall'art. 32 Legge n. 69 del 18/06/2009. Le domande possono altresì essere presentate mediante trasmissione in formato .pdf di tutta la documentazione richiesta dal presente avviso attraverso **posta elettronica certificata (PEC)** all'indirizzo protocollo@pec.aslvc.co.it. In caso di invio tramite P.E.C. la data di spedizione è stabilita e comprovata dall'Ente ricevente. Non è valido l'invio da casella di posta elettronica semplice, anche se indirizzata alla P.E.C. aziendale.

Qualora la scadenza coincida con un giorno festivo, il termine di scadenza si intende prorogato al primo giorno feriale successivo. Sono ritenute utilmente prodotte le domande pervenute dopo il termine indicato, purché spedite a mezzo lettera raccomandata con



avviso di ricevimento entro il termine di scadenza. A tal fine farà fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante.

L'aspirante nella domanda deve, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, dichiarare :

- 1) Cognome e nome, data e luogo di nascita, residenza.
- 2) Procedura di mobilità a cui intende partecipare e posto che intende ricoprire
- 3) Possesso della cittadinanza italiana
- 4) Comune di iscrizione nelle liste elettorali
- 5) Dichiarazione di non aver riportato condanne penali
- 6) Posizione nei riguardi degli obblighi militari
- 7) Azienda Sanitaria Locale o Azienda Ospedaliera di cui è dipendente
- 8) Profilo rivestito e servizio prestato
- 9) Di aver superato il periodo di prova
- 10) Titoli accademici o di studio posseduti
- 11) Servizi prestati precedentemente presso Pubbliche Amministrazioni o altri Enti ed eventuali cause di risoluzione dei rapporti di lavoro
- 12) dichiarazione di essere fisicamente idoneo allo svolgimento delle mansioni proprie del profilo
- 13) dichiarazione di accettazione delle condizioni fissate dall'avviso;
- 14) nulla osta preventivo di assenso al trasferimento dell'Amministrazione di appartenenza;
- 15) autorizzazione all'A.S.L. "VCO", ai sensi del D.Lgs. n. 196/03, al trattamento dei propri dati personali ai fini della procedura in argomento;
- 16) eventuali invalidità, con indicazione della percentuale ovvero eventuali limitazioni o prescrizioni (in caso di mancanza di invalidità o di prescrizioni e limitazioni dichiararlo espressamente);
- 17) motivi per cui si richiede il trasferimento;
- 18) domicilio presso cui inoltrare ogni comunicazione (con indicazione di numero di telefono);
- 19) data e firma in originale.

L'aspirante deve allegare alla domanda:

- 1) autocertificazione dello stato di servizio dell'A.S.L./A.O. di appartenenza;
- 2) eventuali titoli che ritenga opportuno presentare;
- 3) curriculum formativo e professionale;
- 4) un elenco, datato e firmato, dei documenti allegati;
- 5) copia fotostatica di un documento di riconoscimento.

I titoli possono essere prodotti in originale o copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero in copia fotostatica con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà od autocertificazione rilasciata ai sensi di legge.

I lavori scientifici (articoli, comunicazioni, abstract, poster, ecc) devono essere editi a stampa e devono essere necessariamente prodotti in originale o in copia autenticata ai sensi di legge, ovvero in copia fotostatica con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. Se solo dichiarati non vengono valutati.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

L'Azienda si riserva la facoltà di richiedere integrazioni, rettifiche e regolarizzazioni di documenti che si riterranno necessarie.

Non saranno valutati i titoli non correttamente autocertificati o presentati oltre il termine di scadenza.

L'Amministrazione procederà ad idonei controlli e, fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, qualora dal controllo medesimo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive il dichiarante decadrà dall'impiego.

Il bando integrale e la modulistica per le dichiarazioni ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 saranno scaricabili dal sito internet aziendale www.aslvco.it sezione Bandi e Concorsi.

Sarà effettuata valutazione positiva e comparata del curriculum di carriera e professionale di ogni richiedente, in rapporto al posto da ricoprire ed in conformità ai criteri previsti dalla normativa concorsuale (D.P.R. n. 220/2001) e si terrà conto dell'esito del colloquio.

Il colloquio verterà sulle materie afferenti la qualifica in questione e si svolgerà in presenza di apposita Commissione con calendario che verrà reso noto ai candidati ammessi mediante comunicazione con raccomandata A/R al domicilio indicato nella domanda.

L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'Amministrazione stessa.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso o parte di esso per ragioni di pubblico interesse o per vincoli legislativi nazionali e/o regionali in materia di assunzioni.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla S.O.C. Gestione Risorse Umane Via Mazzini n. 117 – 28887 OMEGNA – Tel. 0323/868370 – Fax 0323/868371 – indirizzo email osru@aslvc.co.it

**IL DIRETTORE GENERALE
(Caruso Giovanni)**

**PUBBLICATO ALL'ALBO UFFICIALE NONCHE' SUL SITO INTERNET ASL VCO IN DATA
14.11.2016**

SCADENZA: 14.12.2016



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

ALLEGATO A)

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA

**Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale VCO
Via Mazzini, 117
28887 OMEGNA**

Il/la sottoscritt _____ chiede di
poter partecipare all'avviso di mobilità endoregionale per posti con la qualifica di
_____.

All'uopo dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) di essere nato/a a _____ prov. _____
il _____;
- b) di risiedere a _____ prov. _____
via _____;
- c) di essere cittadino/a italiano/a (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana _____);
- d) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero i motivi della non iscrizione e della cancellazione delle liste medesime);
- e) di non aver riportato condanne penali. (In caso positivo specificare quali);
- f) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e/o accademici _____ conseguiti il _____
presso _____;
- g) di trovarsi nella seguente posizione nei confronti degli obblighi militari: _____;
- h) di essere dipendente della ASL o ASO o Ente/Istituto _____ con la qualifica di _____, a decorrere dal _____ e di avere superato il periodo di prova.
- i) di aver prestato precedentemente i seguenti servizi presso le seguenti pubbliche amministrazioni : _____
- l) di essere fisicamente idoneo allo svolgimento delle mansioni proprie del profilo (indicare le eventuali invalidità possedute con la relativa percentuale ovvero limitazioni o prescrizioni. In caso di mancanza dichiararlo espressamente)
- m) di aver ottenuto nulla osta preventivo al trasferimento rilasciato dall'Amministrazione di appartenenza
- n) di accettare espressamente tutte le condizioni fissate dall'avviso
- o) di autorizzare l'Azienda al trattamento dei propri dati personali ai sensi della Legge 31.12.1996 n. 675, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura mobilità e come indicato nel relativo bando.
- p) di indicare la seguente motivazione relativa al trasferimento _____
- q) che il domicilio presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative all'avviso è: _____ (indicare anche il numero di telefono).

Data _____ Firma _____