

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO 2 - Avviso di mobilità regionale per la copertura, a tempo indeterminato, di n. 2 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere.

In esecuzione della deliberazione n.152 del 24/02/2009 è indetto, ai sensi dell'art. 19 del C.C.N.L., integrativo del C.C.N.L. Comparto Sanità 07/04/99, avviso di mobilità, per soli titoli per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere.

REQUISITI DI AMMISSIONE

Possono produrre domanda di mobilità i dipendenti in servizio a tempo indeterminato, che abbiano superato il periodo di prova, presso le AA.SS.LL. ed Aziende Ospedaliere che abbiano:

N. 1 unità – Comprovata esperienza in settore igienistico infettivologico da utilizzare nel Blocco Operatorio e prevalentemente nelle attività C.I.O., monitoraggio delle infezioni ospedaliere in particolare del "sito chirurgico" su dettato delle disposizioni regionali,

N. 1 unità – Competenze tecnico assistenziali specifiche e con provata esperienza in area emergenza-urgenza da utilizzare in unità di degenza con particolare riguardo alle terapie sub-intensive, dipartimento di Medicina ed area urgenza-emergenza.

DOMANDE DI AMMISSIONE

La domanda di ammissione, redatta in carta semplice secondo lo schema allegato, datata e sottoscritta dal concorrente va indirizzata al Direttore Generale dell' Azienda Sanitaria Locale AV/2 – Via Degli Imbimbo – Avellino e deve essere spedita tramite il servizio postale a mezzo raccomandata A.R. **entro il decimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania.** Qualora detto giorno fosse festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo. Per il termine di inoltro delle istanze farà fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante. La domanda di partecipazione all'Avviso di cui trattasi, può essere altresì presentata direttamente, in plico chiuso, all'Ufficio protocollo dell'Ente **dalle ore 9,00 alle ore 15,00** di tutti i giorni feriali. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio. La eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Nella domanda gli aspiranti devono dichiarare, sotto la propria responsabilità:

- 1) cognome e nome, data, luogo di nascita e residenza;
- 2) l'inquadramento nel relativo profilo professionale;
- 3) di aver superato il periodo di prova;
- 4) l'esatta denominazione della struttura sanitaria presso la quale prestano servizio;
- 5) Il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione. In mancanza vale la residenza indicata nella domanda stessa.

L'Azienda Sanitaria Locale AV 2, non assume responsabilità per le dispersioni di comunicazioni dipendenti da inesatta e/o incompleta indicazione del recapito da parte del candidato, ovvero per la mancata o tardiva comunicazione della variazione dell'indirizzo indicato nell'istanza di partecipazione all'Avviso nonché per eventuali disguidi postali e/o telegrafici, non imputabili all'Azienda stessa.

La domanda deve essere datata e firmata dal candidato. Non è richiesta l'autentica della firma. La mancata sottoscrizione della domanda di partecipazione comporta l'esclusione dall'avviso.

Si avverte che non saranno prese in considerazione le domande già pervenute all'ASL in data antecedente al presente avviso. Gli interessati dovranno pertanto produrre nuove istanze di mobilità.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda di partecipazione deve essere allegato:

- 1) Certificazioni o dichiarazioni sostitutive, rese ai sensi del D.P.R. 445/2000, relative ai servizi prestati;
- 2) Ogni altro documento utile ai fini della predisposizione della graduatoria, reso mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione o atto di notorietà ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000;
- 3) Copia di valido documento di riconoscimento;
- 4) Curriculum formativo professionale datato e firmato.

Alla domanda dovrà essere allegato un elenco dei documenti e titoli presentati, redatto in carta libera, datato e firmato.

In caso di pluralità di domande si procederà alla valutazione dei curricula.

VALUTAZIONE DEI TITOLI

La Commissione di valutazione è costituita, su nomina del Direttore Generale, dal Direttore Sanitario del P.O. di Solofra, dal Direttore del SIT Aziendale e da un funzionario amministrativo dell'Azienda con funzioni anche di segretario verbalizzante. La Commissione, composta come innanzi, valuterà i curricula dei partecipanti attribuendo un punteggio fino ad un massimo di punti 20 così ripartiti:

- 15 punti per professionalità ed esperienze acquisite rispetto alle priorità indicate dal presente bando;
- 5 punti per curriculum formativo e professionale;

IMMISSIONE IN SERVIZIO

L'immissione in servizio dei vincitori è subordinata alla verifica della compatibilità di bilancio rispetto ai vincoli posti dalla D.G.R.C. 514/07, dal piano di rientro con D.G.R.C. n. 460/07 e dalla D.G.R.C. n. 1590/08.

I vincitori dovranno sottoscrivere dichiarazione di impegno ad accettare qualsiasi sede lavorativa.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/09 e successive modificazioni ed integrazioni i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso il Servizio Gestione del Personale dell'ASL AV2, per le finalità del presente Avviso e saranno trattati in una banca dati informatizzata nonché, successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti la gestione del rapporto medesimo.

L'autorizzazione al trattamento dei dati personali è obbligatoria ai fini dell'espletamento delle procedure di ammissione e concorsuali (valutazione dei requisiti, titoli, curriculum ecc....).

NORME FINALI

L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente bando a suo insindacabile giudizio, senza che i candidati possano avanzare pretese o diritti di sorta.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'U.O. Gestione Risorse Umane – Ufficio Procedure Concorsuali dell'ASL AV 2 Via degli Imbimbo 83100 Avellino – dalle ore 09,30 alle ore 12,30 di tutti i giorni feriali escluso il sabato (telefono 0825/292150).

Il Direttore U.O. GVRU
Dr.ssa Lucia Giannattasio

Il Direttore Generale
Dr. Roberto Landolfi

AII. 1

(schema di domanda)

Al Direttore Generale ASL AV2
Via degli Imbimbo
83100 AVELLINO

Il sottoscritto _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all'Avviso di Mobilità Regionale per soli titoli per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 posti di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/00 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- 1) di essere nato a _____ il _____ e di essere residente in _____ alla Via _____ telef. N _____;
- 2) di essere dipendente a tempo indeterminato presso _____;
- 3) di essere inquadrato nel profilo professionale di _____;
- 4) di aver superato il periodo di prova;
- 5) che il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa all'avviso di mobilità è il seguente: _____;
- 6) dichiara, altresì, di aver preso conoscenza del bando e di accettare senza riserve le prescrizioni e le precisazioni in esso contenute, ivi compreso il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs n 196/03, per gli adempimenti connessi all'espletamento della presente procedura.
- 7) Alla presente domanda si allega la documentazione specificatamente richiesta dal bando.
- 8) Allega altresì n _____ titoli indicati nel prescritto elenco dei documenti, accluso in triplice copia alla presente domanda.

data _____

firma _____

AII. 2

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) in Via _____
n. _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000.

D I C H I A R A

(indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione
richiesta ed autocertificabili ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000)

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Legs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL DICHIARANTE
