

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA “SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D’ARAGONA-SCUOLA MEDICA SALERNITANA” SALERNO - C.F. 95044230654

In esecuzione del Decreto Commissariale n.41 del 30/04/2013 e della deliberazione del Direttore Generale n°_478 del _4/07/2013;

visti: il D.Lgs.502/92, il D.Lgs.29/93, il D.L.gs. 229/99, il CCNL dei dipendenti della Sanità Pubblica, la L.15/68 la L. 59/97, la L. 127/97 e successive modificazioni ed integrazioni, il D.Lgs. 80/98, il D.Lgs.165/01, il D.P.C.M. 30/12/1993 n. 593 , è bandito:

**Avviso di selezione per il trasferimento interregionale
di n. 2 Collaboratori Professionali Sanitari - Infermieri - cat. D****Requisiti di partecipazione:**

- 1)** l'essere in servizio di ruolo ed aver positivamente completato il periodo di prova, presso:
 - Aziende Ospedaliere, Aziende Sanitarie esclusivamente extra regione Campania;
 - Amministrazioni del Comparto Sanità di cui all'art. 7 D.P.C.M. 30/12/1993 n. 593, esclusivamente extra Regione Campania nella posizione funzionale di Collaboratore Professionale Sanitario - infermiere cat. D;
 - 2)** possesso della piena idoneità fisica all'esercizio delle mansioni proprie della qualifica di appartenenza.
- I requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza di presentazione delle domande.

Modalità e termini di presentazione delle domande:

Gli interessati, in possesso dei requisiti di cui ai punti **1)** e **2)** paragrafo “Requisiti di partecipazione”, dovranno produrre domanda in carta semplice indirizzata a: Direttore Generale Azienda Ospedaliero-Universitaria “OO.RR. S.Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona – Scuola Medica Salernitana” Via San Leonardo, s.n.c. – 84131 SALERNO.

Le domande dovranno pervenire entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione, per estratto, del presente bando sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica. Qualora detto giorno di scadenza sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno feriale successivo alla data di scadenza. In caso di invio tramite servizio postale, fa fede il timbro postale di accettazione. E' consentito l'invio della domanda e di tutta la certificazione ad essa allegata, all'indirizzo di posta elettronica certificata info@pec.sangiovannieruggi.it

Domanda di partecipazione e Documentazione da allegare:

Nella domanda, redatta in carta semplice e firmata, gli interessati dovranno dichiarare: **a)** il proprio Codice Fiscale, **b)** il possesso della titolarità del posto di ruolo ed il superamento con esito positivo del periodo di prova; **c)** la permanenza, all'atto della presentazione della domanda, della piena idoneità fisica e la pendenza (o non) di istanze tendenti ad ottenere una inidoneità, seppur parziale, allo svolgimento delle mansioni proprie della qualifica di appartenenza; **d)** l'assenza, ovvero, l'eventuale inflizione o pendenza di procedimenti disciplinari; **e)** l'indicazione numerica delle assenze per malattia negli ultimi tre anni; **f)** indirizzo e-mail dove ricevere le comunicazioni e da cui comunicare.

Alla domanda dovranno essere allegati: 1) curriculum formativo-professionale, redatto su foglio formato A4, compilato in carattere “Times New Roman” dimensione carattere “12” e per un numero massimo di 44 righe, comprensivo di dichiarazione di responsabilità sulla veridicità delle dichiarazioni ivi contenute, data e firma comprese; 2) autocertificazione dei servizi prestati quale infermiere cat. D, datata e firmata. La domanda, il curriculum e l'autocertificazione dei servizi possono essere redatti compilando le aree previste negli stampati da scaricare dal sito internet dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria <http://www.sangiovannieruggi.it>, nell'apposita pagina dedicata ai concorsi; 3) fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

La mancata presentazione o compilazione non conforme a quanto qui richiesto ai punti 1) e 2), comporterà la non valutazione da parte della Commissione Esaminatrice.

Nella domanda di partecipazione i candidati dovranno rendere espressa dichiarazione di aver letto integralmente il bando di mobilità e di accettare tutte le clausole in esso previste.

Ammissione alla procedura:

Non saranno ammessi alla procedura i candidati:

- In carenza dei requisiti di cui ai punti **1) e 2)**, alla data di scadenza del bando; - paragrafo "Requisiti di partecipazione";
- Che non avranno reso anche una sola delle dichiarazioni di cui alle lettere **a), b), c), d), e), f)** ed al **punto 3)**; - paragrafo "Domanda di partecipazione e documentazione da allegare";
- Che avranno omesso la firma autografa in calce alla domanda di partecipazione;
- Che, con motivato provvedimento del Direttore Generale, verranno ritenuti non ammissibili a seguito della valutazione di quanto dichiarato alle lettere **b), c) e d)**; - paragrafo - "Domanda di partecipazione e documentazione da allegare".

Posti da conferire

I posti da conferire, nel numero di 2 così come dal Decreto Commissariale di autorizzazione n.41/2013, afferiranno esclusivamente all'area dell'emergenza/urgenza e terapia intensiva.

Vigenza della graduatoria

La graduatoria scadrà al termine del 18^a mese dalla data di pubblicazione, facendo salvi diversi provvedimenti nazionali e/o regionali o di natura concorsuale.

Formazione della graduatoria

Per la formulazione della graduatoria si procederà alla nomina di una commissione che procederà:

1) alla valutazione dei titoli di carriera ai sensi dell' art. 11 D.P.R. 27 marzo 2001, n.220.

2) ad invitare i candidati a sostenere un colloquio volto a verificare:

⇒ la qualificazione professionale raggiunta;

⇒ la maturazione psichica;

⇒ l'attitudine al lavoro nei reparti oggetto dell'avviso;

⇒ la capacità di adattamento al lavoro di equipe, con particolare attenzione alla frequenza di trasferimento di reparto;

⇒ la formazione culturale;

⇒ comunicatività e disponibilità nel rapporto con il paziente;

⇒ una conoscenza, seppur limitata, di elementi di informatica e di una lingua straniera.

L'essere residenti od originari della Regione Campania, come anche l'aver prestato documentato servizio per almeno 6 mesi nelle strutture di emergenza/urgenza, verrà considerato valore aggiunto.

Verrà altresì considerato valore aggiunto il documentato raggiungimento degli obiettivi assegnati e delle disposizioni impartite.

La mancata presentazione al colloquio, verrà considerata rinuncia all'avviso di selezione per trasferimento.

Convocazioni e Comunicazioni ai e dai candidati

L'elenco dei candidati ammessi ed esclusi dalla procedura verrà pubblicato sul sito internet dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria <http://www.sangiovannieruggi.it>, nell'apposita pagina dedicata ai concorsi. **La pubblicazione sul sito internet costituisce notifica a tutti gli effetti di legge.**

Il calendario dei colloqui, con indicazione dei nominativi dei candidati, data, orario e luogo di presentazione, verrà ugualmente pubblicato sul sito internet di questa Azienda Ospedaliero-Universitaria <http://www.sangiovannieruggi.it>, nell'apposita pagina dedicata ai concorsi. **La pubblicazione sul sito internet costituisce notifica a tutti gli effetti di legge.**

La graduatoria finale verrà pubblicata sul sito internet di questa Azienda Ospedaliero-Universitaria <http://www.sangiovannieruggi.it>, nell'apposita pagina dedicata ai concorsi e rimarrà sul sito fino alla scadenza dei termini di validità. **La pubblicazione sul sito internet costituisce notifica a tutti gli effetti di legge.**

L'elenco degli idonei graduati che conseguiranno, di volta in volta, il Nulla-Osta verrà pubblicato sul sito internet di questa Azienda Ospedaliero-Universitaria <http://www.sangiovannieruggi.it>, nell'apposita pagina dedicata ai concorsi. Ogni altra comunicazione ai candidati, compresa la notifica di concessione del

Nulla Osta al trasferimento, verrà effettuata, da parte di questa Azienda, esclusivamente tramite posta raccomandata. I candidati potranno comunicare con questa Azienda esclusivamente tramite posta elettronica inviando e-mail al seguente indirizzo: concorsi.mobilita@sangiovannieruggi.it In ogni comunicazione, da parte del candidato, dovranno essere indicati: nome e cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale ed estremi del documento di identità che si è allegato alla domanda di partecipazione. **In assenza di uno delle indicazioni sopra richieste, la comunicazione non sarà ritenuta valida.**

Nomina dei chiamati in servizio e loro adempimenti

La concessione del Nulla Osta, verrà notificata ai chiamati per il tramite di posta elettronica certificata all'indirizzo di e-mail indicato in sede di presentazione della domanda. Ogni variazione di indirizzo di posta elettronica va tempestivamente notificato all'Azienda che non si assume alcuna responsabilità delle conseguenze determinate da errori di indirizzo indicato dal candidato o mancata comunicazione di variazione.

I candidati che conseguiranno il nulla osta da parte di questa Azienda dovranno, nei termini che saranno loro concessi da questa A.O., presentare nei modi previsti dal D.Lgs. 28 dicembre 2000, n.445, e pena decadenza:

- 1) La documentazione idonea a determinare il possesso dei requisiti specifici;
- 2) Tutta la documentazione, non presentata in originale, dichiarata o autocertificata, oggetto della valutazione del merito, nonché le attestazioni di cui alle **lettere a), b), c), d) ed e)** paragrafo "Domanda di partecipazione e Documentazione da allegare" del presente avviso.
- 3) Provvedimento di nulla osta rilasciato dal proprio ente, ovvero copia di preavviso di recesso consegnata all'ente di appartenenza.

L'adozione di provvedimento da parte dell'Azienda Ospedaliera in base ad una dichiarazione rilevata, successivamente, mendace da parte del candidato che la avrà resa, comporterà la decadenza dai benefici conseguiti in base alla stessa, nonché l'incorrenza nelle altre conseguenze previste dalla vigente normativa sia amministrativa che penale.

L'Amministrazione si riserva la facoltà, per legittimi motivi, di prorogare, sospendere o revocare, in tutto od in parte, o modificare il presente bando.

Utilizzazione della graduatoria per la concessione di comandi

L'Azienda si riserva la facoltà di utilizzare la graduatoria per la concessione di comandi temporanei, nei limiti della propria Dotazione Organica.

Quando si ravviserà la necessità di concedere comandi a tempo determinato, l'Azienda pubblicherà, sulla pagina dedicata ai concorsi del proprio sito Internet <http://www.sangiovannieruggi.it> il numero dei posti da coprire con l'indicazione della durata temporale ed i termini per l'accettazione. Gli idonei graduati ed interessati al conferimento di comando, nei termini previsti dall'avviso, potranno far pervenire via e-mail, da inviare all'indirizzo concorsi.mobilita@sangiovannieruggi.it, la propria adesione al conferimento del comando. In caso di adesioni in numero superiore ai posti da conferire, la concessione del comando avverrà nel rispetto della posizione in graduatoria dei candidati che hanno aderito. L'adesione o meno al conferimento di comando non determinerà alcuna modifica nella graduatoria ai fini della mobilità.

Durante il periodo di comando per effetto di questa procedura, non si può dare adesione per nuovi periodi di comando.

Le adesioni comunicate dai candidati dovranno avvenire nei modi e con le formalità riportate nel paragrafo: "Convocazioni e Comunicazioni ai e da i candidati".

I nomi dei candidati cui viene concesso il comando, la loro posizione in graduatoria, modalità e termini per prendere servizio, saranno pubblicati sul sito internet dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria <http://www.sangiovannieruggi.it>, nell'apposita pagina dedicata ai concorsi. **La pubblicazione sul sito internet costituisce notifica a tutti gli effetti di legge.**

Per ulteriori informazioni gli aspiranti potranno inviare e-mail all'indirizzo concorsi.mobilita@sangiovannieruggi.it.

IL DIRETTORE GENERALE
Prof. Dr. Elvira Lenzi

Schema domanda di partecipazione

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliero-Universitaria
"San Giovanni di Dio e Ruggi
d'Aragona- Scuola Medica Salernitana"
Via San Leonardo, s.n.c.
84131 SALERNO

Il/la sottoscritt _____, nat__ a _____
prov. (____) di il __/__/__ e residente/domiciliato in _____
alla via _____ CAP _____
tel. _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso interregionale di selezione per trasferimento per posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere – cat. D - a tempo indeterminato – bandito da codesta Azienda Ospedaliero-Universitaria.

DICHIARA

- a) Che il proprio Codice Fiscale è _____
- b) di essere dipendente di ruolo c/o l'Azienda _____ di _____ con la qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere – cat. D - a tempo indeterminato – e di aver positivamente superato il periodo di prova;
- c) di essere nel possesso della piena idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni proprie del profilo di appartenenza né di avere prodotto istanza alla propria amministrazione per il riconoscimento di una inidoneità, seppur parziale, allo svolgimento delle mansioni proprie del profilo di appartenenza (ovvero di non essere in possesso ____ o di aver prodotto istanza _____);
- d) di non aver subito l'inflizione di provvedimenti disciplinari (*specificare quali e le motivazioni in caso affermativo*) e di non avere procedimenti disciplinari in corso (*specificare quali in caso affermativo*);
- e) di aver usufruito negli ultimi tre anni di servizio a tempo indeterminato di n. __ giorni di assenza per malattia (*se il servizio prestato a tempo indeterminato è inferiore a tre anni indicare i giorni di assenza dall'atto dell'assunzione*);

Il/La sottoscritt__ autorizza l'Azienda Ospedaliero-Universitaria al trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda essendo informat__ ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs.196/03, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/La sottoscritt__ desidera ricevere ogni comunicazione, così come previsto dal bando, al seguente indirizzo di posta elettronica _____ e si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione di indirizzo di posta elettronica consapevole che l'Azienda non assume alcuna responsabilità per le conseguenze determinate da errori di indirizzo indicato dal candidato o mancata comunicazione di variazione.

Dichiara di aver preso visione del bando e di accettarne incondizionatamente tutte le clausole.

Chiede che ogni comunicazione, diversa da quelle previste nel bando, gli venga inviata al seguente indirizzo:

Sig./ra _____ via _____, n. ____ CAP. ____ città _____

Allega alla domanda:

- Curriculum Formativo-professionale redatto nei modi previsti dal bando;
- Certificazione sostitutiva dei servizi prestati redatta sul modello predisposto da codesta Azienda
- Fotocopia documento di identità in corso di validità.

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

La/Il sottoscritt _____

(cognome e nome, data e luogo di nascita)

(residenza anagrafica e abitazione del dichiarante),

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

Di aver prestato servizio quale infermiere cat.D (ex infermiere professionale)

Dal ___/___/___ al ___/___/___ a Tempo Pieno (*) c/o
Azienda _____ Reparto _____Dal ___/___/___ al ___/___/___ a Tempo Pieno (*) c/o
Azienda _____ Reparto _____Dal ___/___/___ al ___/___/___ a Tempo Pieno (*) c/o
Azienda _____ Reparto _____

Luogo e data

firma

(*) Se il rapporto di lavoro è stato a Par-time, va necessariamente specificata la percentuale.

CURRICULUM FORMATIVO-PROFESSIONALE

La/Il sottoscritt _____

(cognome e nome, data e luogo di nascita)

(residenza anagrafica e abitazione del dichiarante),

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA IL SEGUENTE CURRICULUM

luogo e data

firma