



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

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N. 28 DEL 19 GENNAIO 2012

AVVISO PUBBLICO DI MOBILITA' INTERAZIENDALE PER TITOLI E COLLOQUIO PER N.1 POSTO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO OSTETRICA CAT. D)

In esecuzione alla deliberazione assunta dal Commissario, è indetto avviso pubblico di mobilità interaziendale, per titoli e colloquio, per il seguente profilo del ruolo Sanitario :

- n. 1 Posto di profilo Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica Cat. D) a tempo pieno

Possono presentare istanza i dipendenti di ruolo con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso un'Azienda Sanitaria Locale o Azienda Ospedaliera del S.S.N. ovvero presso Istituti/Enti di cui agli artt. 5 e 6 del CCNQ del 02/06/1998 che abbiano superato il periodo di prova e che siano in possesso della piena idoneità specifica alla mansione inerente 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 :

- Diploma Universitario di Ostetrica conseguito ai sensi dell'art. 6 – comma 3 – del D.Lgs. 30.12.92 n. 502 e successive modificazioni, ovvero i diplomi e attestati conseguiti in base al precedente ordinamento, riconosciuti equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso di pubblici uffici.
- Iscrizione al relativo albo professionale.
- Status di dipendente a tempo indeterminato presso Azienda Sanitaria Locale/Azienda Ospedaliera del S.S.N. ovvero presso Istituti/Enti di cui agli artt. 5 e 6 del CCNQ del 02/06/1998 nel Profilo di Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica Cat. D) con superamento del periodo di prova.
- Piena idoneità specifica alla mansione inerente il profilo.

Gli interessati devono presentare domanda di ammissione, redatta in carta semplice, al Commissario dell'ASL VCO – Via Mazzini 117 – 28887 OMEGNA (Vb) entro il termine perentorio di 15 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. 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) 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;
- 15) eventuali invalidità, con indicazione della percentuale ovvero eventuali limitazioni o prescrizioni (in caso di mancanza di invalidità o di prescrizioni e limitazioni dichiararlo espressamente);
- 16) motivi per cui si richiede il trasferimento;
- 17) domicilio presso cui inoltrare ogni comunicazione (con indicazione di numero di telefono);
- 18) data e firma in originale.

L'aspirante deve allegare alla domanda:

- 1) stato di servizio all'uopo rilasciato 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.

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.

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, né le copie di documenti non autenticate.





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'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 telegrafica 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@aslvco.it

IL COMMISSARIO
(Dott. Cattrini Corrado)



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omezna (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

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 interaziendale 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 accettare espressamente tutte le condizioni fissate dall'avviso
- n) 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.
- o) di indicare la seguente motivazione relativa al trasferimento _____
- p) che il domicilio presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative all'avviso
è: _____ (indicare anche il numero di telefono).

Data _____ Firma _____