

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE "NO"
Via dei Mille, 2 – 28100 NOVARA
AVVISO PUBBLICO

In esecuzione del provvedimento n. 67 del 01/02/12 è indetto avviso pubblico per soli titoli per la costituzione di n. 5 rapporti di lavoro a tempo determinato di: **COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO/INFERMIERE (CAT. "D")**.

Fermo restando il possesso dei requisiti generali, i requisiti specifici richiesti dalla normativa vigente sono i seguenti:

- 1) Diploma universitario di Infermiere, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30/12/1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, 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 ai pubblici uffici;
- 2) Iscrizione all'albo professionale degli Infermieri. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ove prevista, consente la partecipazione al concorso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

Il rapporto di lavoro a tempo determinato conferito sarà assegnato secondo l'ordine della graduatoria formulata con i criteri e le modalità previste dalla vigente normativa.

La graduatoria che scaturirà dall'avviso rimarrà valida per un periodo massimo di trentasei mesi e, comunque, fino al subentrare di specifica graduatoria concorsuale.

Il candidato, collocato in graduatoria, che rinunci ad un conferimento oppure non assuma servizio entro 15 giorni dalla data di comunicazione del conferimento, si intende rinunciatario anche nei confronti dei conferimenti futuri.

La domanda, redatta in carta semplice **dovrà pervenire all'A.S.L. "NO" – Via dei Mille, 2 – 28100 NOVARA – entro e non oltre le ore 12.00 del quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione – per estratto – del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte.**

La domanda potrà essere prodotta entro il termine di scadenza con una delle seguenti modalità:

1. lettera raccomandata A/R;
2. direttamente presso l'ufficio protocollo dell'ASL NO (Via dei Mille, n.2 – V° piano – Novara) in orario d'ufficio (dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 16.00).
3. invio telematico da un indirizzo di posta elettronica certificata alla seguente posta elettronica certificata: protocollogenerale@pec.asl.novara.it

Il canale della posta elettronica certificata potrà essere, discrezionalmente, utilizzato dall'Azienda nel prosieguo delle proprie comunicazioni relative all'iter dell'avviso.

La sottoscrizione dell'istanza non è soggetta ad autenticazione, ma dovrà essere accompagnata dalla fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Nel caso di cui al punto 3 l'inoltro tramite posta elettronica certificata di cui all'art. 16 bis del D.L. 185/2008 è già sufficiente a rendere valida l'istanza, a considerare identificato l'autore della stessa, a ritenere la stessa regolarmente sottoscritta.

Alle domande presentate personalmente all'ufficio protocollo non verrà fatta alcuna verifica sulla correttezza e completezza della documentazione.

Per le domande inoltrate a mezzo del servizio postale, la data di spedizione è comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA.

Alla domanda di partecipazione, redatta secondo lo schema esemplificativo allegato al presente bando (Allegato 1), i candidati, devono allegare:

1. un curriculum formativo e professionale, in carta semplice, datato e firmato. Il curriculum ha unicamente uno scopo informativo.

2.) Dichiarazione sostitutiva ex artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. relativa ai servizi prestati, da rendersi esclusivamente utilizzando il modello allegato al presente bando (Allegato 2).

- I servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni o strutture sanitarie private accreditate dovranno essere indicati specificando per ciascuno:

- l'Amministrazione presso la quale si è prestato servizio (indicare se Ente pubblico, ente privato accreditato o ente privato)

- il profilo professionale;

- la data (gg/mese/anno) di inizio e fine di ogni periodo di servizio;

- l'orario di servizio settimanale;

- la tipologia di rapporto di lavoro [indicare se rapporto di dipendenza (a tempo determinato o indeterminato), co.co.co., collaborazioni professionali, lavoro somministrato, ecc.];

- le eventuali cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;

- gli eventuali periodi di aspettativa senza assegni fruiti per i quali non si è maturata anzianità di servizio;

- se ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979 (mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni)

3.) Eventuali certificati attestanti il servizio prestato presso Case di Cura private. Tali certificati devono espressamente contenere l'indicazione della convenzione o accreditamento con il S.S.N.; in assenza di tale indicazione il servizio non sarà considerato, qualora di dipendenza, nei titoli di carriera ma nel curriculum formativo e professionale;

4.) eventuali pubblicazioni edite a stampa, in copia autenticata ai sensi di legge e materialmente prodotte.

5.) dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 DPR 445/2000 relativa ad ulteriori titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria da rendersi esclusivamente utilizzando il modello allegato al presente bando (allegato 3).

6.) Dichiarazione sostitutiva ex artt. 46 e 47 DPR 445/2000, relativa ai Titoli di precedenza e preferenza nella graduatoria, da rendersi esclusivamente utilizzando il modello allegato al presente bando (Allegato 3).

7.) Elenco, datato e firmato in triplice copia, dei documenti presentati. I documenti devono essere allegati in unico esemplare; solo l'elenco va presentato in triplice copia. L'eventuale riserva di invio dei documenti successivamente alla scadenza del bando è priva di effetto.

Non saranno prese in considerazione autocertificazioni non redatte in conformità alle prescrizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000.

La domanda di partecipazione e le dichiarazioni sostitutive di cui agli uniti moduli non necessitano dell'autenticazione se sottoscritte dall'interessato avanti al funzionario addetto, ovvero inviate unitamente a fotocopia di documento di riconoscimento.

Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie previste dalla certificazione che sostituiscono. Inoltre, devono essere redatte con specifica indicazione di riferimenti di legge e della conseguente assunzione di responsabilità. Non saranno prese in considerazione dichiarazioni rese in forma generica.

L'Amministrazione di riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso o di non dar corso all'utilizzo della graduatoria che ne scaturirà, a suo insindacabile giudizio, senza che gli aspiranti possano vantare pretese o diritti di sorta.

Per ulteriori informazioni, gli interessati possono rivolgersi alla s.c. Servizio Personale – dell’A.S.L. “NO” – via dei Mille, 2 – 28100 NOVARA – tel. 0321/374547-374593.

**F.to IL COMMISSARIO
Dott. Gaetano Cosenza**

PUBBLICATO B.U.R. N.° 6 DEL 09/02/2012

SCADENZA 24/02/2012

ALLEGATO 1)

**AL COMMISSARIO DELLA A.S.L. "NO"
28100 NOVARA**

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome e nome; per le donne coniugate indicare il cognome da nubile), nato a _____ (____) il ____/____/____), residente a _____ (____) in via _____ n. _____, chiede di essere ammesso/a all'avviso per soli titoli per la copertura di n.5 posti di collaboratore professionale sanitario - infermiere (cat. "D").

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000:

- o di essere in possesso della cittadinanza italiana;
ovvero
- o di essere in possesso della cittadinanza del seguente paese membro dell'Unione Europea: _____;
- o di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
ovvero
- o di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo _____
- o di non aver riportato condanne penali (anche sotto forma di patteggiamento) definitive per i seguenti reati: peculato (c.p. art. 314, 1° comma), concussione (c.p. art. 317) e corruzione (c.p. art. 318, art. 319, art. 319 ter e art. 320); nonché condanne per reati previsti dalla legislazione "antimafia";

e/o
- o di non aver procedimenti penali in corso per i reati precedentemente indicati;
- o di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
- o di essere in possesso del Diploma di _____, conseguito il _____ presso _____;
- o di prestare servizio presso _____, con la qualifica di _____, a far data dal _____;
- o di essere iscritto all'albo professionale degli infermieri di _____ dal _____ al n° _____
- o di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: _____;
- o che il recapito a cui deve essere inviata ogni comunicazione relativa al concorso è il seguente:

_____ (indicare: cognome, nome, indirizzo, CAP, città, provincia e numero telefonico)

- o di manifestare il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) per gli adempimenti connessi alla presente procedura nonché all'eventuale procedura di assunzione.
- o di essere consapevole che la presente dichiarazione sostitutiva è, per legge, considerata come resa ad un "pubblico ufficiale" (anche se non è stata resa alla presenza del dipendente addetto a riceverla). Conseguentemente, ove essa risultasse in tutto - od in parte - inveritiera, il dichiarante incorre nel reato di cui all'art.483 del codice penale, reato punito con la pena della reclusione sino a due anni.

Allega alla presente copia fotostatica di documento di identità in corso di validità.

Data _____

firma _____

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate.

(ALLEGATO 2)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 29.12.2000, n. 445 (riguardante i servizi prestati)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara di aver prestato o di prestare servizi presso i seguenti Enti:

Ente	dal (gg/m/a)	al (gg/m/a)	Qualifica	Tipo di rapporto *

* indicare se a tempo indeterminato, incaricato, supplente o libero professionista/consulente con indicazione dell'impegno orario settimanale ed in caso di risoluzione del rapporto di lavoro, indicarne le cause.

Per i servizi svolti, dichiara che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 in presenza delle quali il punteggio deve essere ridotto e dichiara altresì:

odi non aver fruito di aspettativa senza assegni.

odi aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

dal _____ al _____

Il Dichiarante

Data _____

Firma _____

Sottoscrizione non in presenza del dipendente addetto

Allego fotocopia non autenticata fronte-retro del seguente documento di identità:

Tipo: _____ rilasciato il _____ da _____

Sottoscrizione in presenza del dipendente addetto, previa esibizione di documento di identità

Per sottoscrizione apposta in mia presenza

Novara, _____ Il dipendente addetto _____

(ALLEGATO 3)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 29.12.2000, n. 445 (riguardante stati, qualità personali o fatti comprovati con la sola dichiarazione)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
consapevole consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara quanto segue:

• _____
• _____
• _____
• _____
• _____
• _____
• _____
• _____
• _____
• _____
• _____

Il Dichiarante

Data _____

Firma _____

Sottoscrizione non in presenza del dipendente addetto (art. 38, D.P.R. n. 445/2000)

Allego fotocopia non autenticata fronte-retro del seguente documento di identità:

Tipo: _____ rilasciato il _____ da _____

Sottoscrizione in presenza del dipendente addetto, previa esibizione di documento di identità (art. 38, D.P.R. n. 445/2000)

Per sottoscrizione apposta in mia presenza

Novara, _____ Il dipendente addetto _____