

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TO4  
AVVISO PUBBLICO PER MOBILITA' VOLONTARIA  
PER LA COPERTURA DI**

**N. 6 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DI PEDIATRIA CON RAPPORTO DI LAVORO A  
TEMPO PIENO ED ESCLUSIVO PER L'A.S.L. TO4**

Scadenza ISCRIZIONE: ..... **19 DIC. 2018** .....

**MODALITA' DI ESPLETAMENTO**

L'avviso di mobilità si svolge attraverso una valutazione del curriculum dei candidati richiedenti e di un colloquio conoscitivo delle capacità tecnico/professionali.

**REQUISITI GENERALI DI PARTECIPAZIONE**

Possono presentare domanda di partecipazione alla procedura i dipendenti in servizio a tempo indeterminato presso le Aziende e gli Enti del comparto Sanità anche di Regioni diverse che abbiano superato il periodo di prova nel rispetto del profilo di cui sopra o equipollente.

**PRESENTAZIONE DOMANDA**

La domanda di partecipazione deve essere presentata mediante la compilazione e spedizione del modulo allegato, corredato con il curriculum vitae e della dichiarazione attestante l'assenso preventivo e incondizionato alla mobilità rilasciata dall'Azienda di provenienza.

L'Azienda, in relazione all'entità delle domande pervenute, si riserva la facoltà di valutarne l'ammissibilità dei candidati a prescindere dalla presenza dell'assenso preventivo predetto.

**COLLOQUIO**

I colloqui relativi alla procedura in argomento si terranno il giorno **9 Gennaio 2019 alle ore 9,00** presso la Sala Riunioni (piccola) della Direzione Sanitaria Ospedaliera – Via Battitore n. 7/9 – CIRIE'.

In tale data i singoli candidati interessati all'avviso di mobilità ed iscritti dovranno presentarsi nella sede prevista muniti di documento di riconoscimento valido.

**La mancata presentazione al giorno del colloquio equivale a rinuncia.**

**ESITO DEL COLLOQUIO**

L'esito della procedura sarà comunicato ai candidati che si sono presentati al colloquio.

Non verrà formata alcuna graduatoria. Il parere favorevole o non favorevole espresso in base alla valutazione dei curricula e del colloquio è insindacabile, in quanto le decisioni sono correlate unicamente alle esigenze dell'Azienda, fermo restando la diretta responsabilità dei soggetti che esprimono il parere e che improntano i colloqui personali al riconoscimento della professionalità specifica in relazione con le esigenze dei Servizi da loro diretti.

L'Azienda si riserva la piena facoltà di prorogare, sospendere, modificare o revocare il presente avviso ove ricorrano motivi di pubblico interesse escludendo per i partecipanti qualsiasi pretesa o diritto.

Per informazioni, gli aspiranti potranno rivolgersi alla S.C. Amministrazione del Personale – Ufficio Stato Giuridico di questa Azienda (tel. 0125/414454 – 455) o consultare il sito aziendale [www.aslto4.piemonte.it](http://www.aslto4.piemonte.it)

Ivrea, li **19 NOV. 2018**  
Prot. n. 101668

AC/SM/MP/dma

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Lorenzo ARDISSONE



REGIONE PIEMONTE  
Assessorato alla Sanità, Livelli essenziali  
di assistenza, Edificio Sanitario  
A14000 - Direzione Sanità

2402P

Classificazione \_\_\_\_\_  
Fasc \_\_\_\_\_

1A	2A	3A	4A	5A	6A	7A	8A
----	----	----	----	----	----	----	----

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO DI MOBILITA' VOLONTARIA**

**AL DIRETTORE GENERALE A.S.L. TO4**  
c.a. **S.C. Amministrazione del Personale**  
**Ufficio Stato Giuridico**  
**Via Aldisio n. 2**  
**10015 IVREA (TO)**

Pec: [direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it](mailto:direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it)

Il/La sottoscritto/a Cognome..... Nome.....

Luogo di nascita ..... data di nascita...../...../.....

**DICHIARA**

la propria volontà di partecipare alla procedura di mobilità per la copertura di **n. 6 posti di DIRIGENTE MEDICO di PEDIATRIA con rapporto di lavoro a tempo pieno ed esclusivo per l'A.S.L. TO4.**

pubblicata sul sito web aziendale con scadenza in data **19 Dicembre 2018**

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

- di essere residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- recapiti telefonici \_\_\_\_\_
- indirizzo e-mail \_\_\_\_\_
- di essere di stato civile \_\_\_\_\_ (figli n. \_\_\_\_\_)
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente (indicarla)  
\_\_\_\_\_
- di essere/ non essere iscritto/a alle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del seguente codice fiscale \_\_\_\_\_
- di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- di essere tuttora iscritto al n. \_\_\_\_\_ Ordine dei  
\_\_\_\_\_ della Provincia \_\_\_\_\_  
a decorrere dal \_\_\_\_\_

- di essere attualmente dipendente della seguente Azienda \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- in qualità di Dirigente \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
- presso la S.C. /Servizio \_\_\_\_\_
- di aver superato il periodo di prova dal \_\_\_\_\_
- rapporto di lavoro orario ridotto NO  SI  tipologia orario \_\_\_\_\_
- rapporto esclusivo NO  SI
- di rilasciare la propria incondizionata disponibilità ad accettare l'assegnazione presso qualsiasi sede di servizio individuata dall'Amministrazione (N.B. la non accettazione della presente clausola comporta l'inammissibilità alla procedura)

**SI DICHIARA INOLTRE**

1. Riepilogo delle assenze a vario titolo (escluse le ferie) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Ferie residue alla data attuale \_\_\_\_\_
3. Consistenza numerica delle assenze per malattie negli ultimi tre anni \_\_\_\_\_
4. Procedimenti disciplinari (ultimo biennio) \_\_\_\_\_  
Esito \_\_\_\_\_
5. Esito per eventuali visite sanitarie
  - IDONEO
  - IDONEO CON LIMITAZIONI
  - INIDONEITA' TEMPORANEA
  - INIDONEITA' PERMANENTE

Organismo che ha disposto il provvedimento:

Medico Competente

Commissione Medica di Verifica

6. Attività ex L. 266/91 \_\_\_\_\_  
(attività di volontariato, protezione civile, etc.....)

7. Appartenenza a categoria protetta NO  SI

8. Procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_

9. Condanne penali riportate \_\_\_\_\_

10. Godimento benefici art. 33 L. 104/92 \_\_\_\_\_

11. Godimento benefici art. 79 D.Lgs. 267/2000 \_\_\_\_\_

(componenti dei consigli comunali, provinciali, metropolitani, circoscrizionali, delle comunità montane, etc. )

12. Eventuali incarichi istituzionali \_\_\_\_\_

13. Eventuali incarichi sindacali \_\_\_\_\_

14. Eventuale contenzioso in atto con l'Ente di appartenenza (in caso di risposta affermativa è necessario specificare di che trattasi) \_\_\_\_\_

15. Eventuale accertamento sanitario in corso \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara che quanto sopra riportato corrisponde a verità, assumendosene la piena responsabilità anche penale, ai sensi della normativa vigente.

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le disposizioni dell'Avviso di Mobilità e di essere consapevole che la mancata presenza il giorno del colloquio equivale a rinuncia.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di dare il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili predetti qualora assumano la connotazione dei dati sensibili, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti e alle finalità del presente procedimento e con le modalità sopra specificate.

**Allega, inoltre, curriculum vitae e documento d'identità.**

Data

firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_