



Prot. n. 107504/22 dd. 11/11/2022

SCADENZA: 21 NOVEMBRE 2022

**AVVISO DI MOBILITÀ VOLONTARIA INTERNA PER
INFERMIERE DA ASSEGNARE ALLA RESIDENZA PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI
SICUREZZA REMS**

In esecuzione del Regolamento Aziendale ex A.A.S. n. 2 Bassa Friulana Isontina, sottoscritto a seguito di concertazione con le OO.SS. in data 10.3.2016 ed approvato con decreto del Direttore Generale n. 204 dd. 22.4.2016, è indetto l'avviso per titoli ed eventuale colloquio di mobilità volontaria riservata al Personale del ruolo Sanitario -Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari- INFERMIERE:

N. 2 INFERMIERI APPARTENENTI ALL'AREA ISONTINA DI A.S.U.G.I.

da assegnare alla RESIDENZA PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA REMS

REQUISITI GENERALI PER L'AMMISSIONE

Possono presentare domanda di mobilità i dipendenti dell'Azienda a tempo indeterminato appartenenti al ruolo Sanitario -Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari- INFERMIERE, che abbiano superato il periodo di prova. Il rapporto di lavoro è da considerarsi a tempo pieno.

Non possono accedere alla mobilità a domanda i dipendenti neo assunti nei primi due anni di servizio.

Non si considera neo-assunto il personale pervenuto per mobilità da altri enti che abbia maturato complessivamente almeno due anni di anzianità di servizio.

Requisiti:

- idoneità alla turnazione sulle 24 ore;
- senza prescrizioni e/o limitazioni certificate dal medico competente;
- sarà data priorità agli infermieri con esperienza professionale maturata in ambito psichiatrico.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Entro il termine di scadenza dell'avviso i dipendenti interessati possono presentare domanda dichiarando, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000:

- Dati anagrafici;
- Profilo, posizione qualifica professionale di appartenenza;
- Sede di servizio per la quale viene presentata la domanda;
- Idoneità fisica al servizio/attività professionale per la quale viene indetto l'avviso;
- *Curriculum vitae* datato e firmato, da cui si evinca la specifica professionalità e formazione posseduta redatto ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000;
- Residenza anagrafica o domicilio;

- Assenza di procedimenti penali in corso o conclusi con sentenza di condanna anche non definitiva.
- Assenza di sanzioni disciplinari superiori alla censura scritta irrogate nell'ultimo biennio precedente alla data di scadenza del bando di mobilità.

La domanda, redatta secondo lo schema allegato al presente bando, deve essere indirizzata al seguente indirizzo:

Direttore Generale di A.S.U.G.I. Via Vittorio Veneto 174 – 34170 – GORIZIA mediante:

- presentazione diretta all'Ufficio Protocollo dell'Azienda (nei giorni feriali – sabato escluso – dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00
- spedizione tramite posta elettronica certificata: asugi@certsanita.fvg.it.

e pervenire entro il termine di scadenza del bando.

Il presente bando, per ragioni di urgenza, vedrà ridotti i termini di scadenza a 10 giorni di calendario dalla protocollazione del presente atto.

Il termine è perentorio; non verranno valutate le domande pervenute fuori termine ed i documenti presentati successivamente.

L'invio della domanda tramite posta elettronica certificata è subordinato all'utilizzo da parte del candidato di casella elettronica certificata a sua volta. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC Aziendale.

Le dichiarazioni relative a stati, qualità personali e fatti anche in relazione a quanto indicato nel curriculum, secondo quanto previsto dall'art. 15 della legge 12 novembre 2011, n. 183, vanno prodotte esclusivamente nelle forme delle dichiarazioni sostitutive, ex articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000. Tali dichiarazioni devono contenere tutti gli elementi indispensabili e necessari a consentire all'Amministrazione di accertare d'ufficio informazioni e dati dichiarati. Conseguentemente, le dichiarazioni sostitutive devono essere comprensibili e complete in ogni loro parte, pena la mancata valutazione delle medesime e nella consapevolezza della veridicità delle stesse e delle eventuali sanzioni penali di cui all'art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di false dichiarazioni.

COMMISSIONE ESAMINATRICE

La Commissione per la mobilità è composta:

- dal Direttore della SC Gestione del Personale o da un suo delegato;
- dal Responsabile dell'Area delle professioni sanitarie o da un suo delegato, in relazione all'area delle professioni sanitarie di appartenenza
- un funzionario della SC Gestione del Personale che svolge anche le funzioni di segretario.

Di ciascuna seduta della Commissione viene redatto verbale a cura del segretario.

La graduatoria finale viene approvata con atto del Direttore della SC Gestione del Personale e vale solo con riferimento all'anno solare di approvazione.

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE DOMANDE E COLLOQUIO

La graduatoria degli idonei dell'avviso di mobilità volontaria è formulata dalla Commissione secondo i criteri determinati di seguito, tenendo conto delle competenze e della professionalità del dipendente, nonché della necessità di differenziare le situazioni personali e familiari e agevolare, ove possibile, l'avvicinamento della sede di servizio a quella di domicilio/residenza.

1. Conoscenze e competenze maturate, da valutare mediante curriculum e colloquio – peso massimo complessivo pari a 35 punti:

- a) Curriculum: peso massimo **20 punti**;

b) Colloquio: peso massimo **15 punti**;

La Commissione di valutazione procederà alla valutazione delle domande ed alla formazione della graduatoria utilizzando i seguenti criteri:

Anzianità di servizio: **max 10 punti** (servizio in qualità di dipendente nel profilo di infermiere **punti 1 per anno**)

Titoli accademici e di studio: **max 7 punti** (master attinenti al profilo **punti 3**; altri master **punti 1**; laurea magistrale sanitaria **punti 3**);

Esperienza in ambito psichiatrico: **max 3 punti**.

Il colloquio valuterà la motivazione sottesa alla richiesta della mobilità, il livello di conoscenza dell'attività in oggetto del presente bando, gli approcci e le modalità proprie di lavoro in ambiente psichiatrico.

La data, l'orario e la sede in cui verrà espletato l'eventuale colloquio saranno comunicate ai candidati mediante pubblicazione sul sito web dell'Azienda alla pagina – Amministrazione Trasparente – Concorsi e Avvisi - almeno sette giorni prima della data fissata.

Per sostenere il colloquio i candidati dovranno presentarsi muniti di un documento di identità o documento equipollente in corso di validità. Il candidato assente sarà considerato rinunciatario.

TRASFERIMENTO

Il trasferimento a seguito di partecipazione alla procedura di mobilità volontaria è disposto dal Responsabile dell'Area delle Professioni Sanitarie di appartenenza.

In relazione alle esigenze della organizzazione delle strutture di assegnazione e di destinazione del dipendente, il Responsabile dell'Area delle professioni sanitarie di appartenenza potrà valutare il rinvio del trasferimento per un periodo non superiore a quattro mesi rispetto alla data di approvazione della graduatoria.

Il dipendente trasferito a seguito di mobilità volontaria presso altra sede, salvi i titoli di preferenza previsti dalla legge, nel caso di partecipazione ad altri avvisi di mobilità volontaria nel biennio successivo alla data di assegnazione sarà collocato in subordine agli altri candidati idonei.

RINUNCIA ALLA MOBILITÀ

Il dipendente utilmente collocato in graduatoria di mobilità volontaria, che rinunci a tutte le assegnazioni proposte per la sede oggetto dell'avviso, non potrà ripresentare domanda per la stessa sede nel corrente anno e nell'anno successivo.

NORMA FINALE

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere e revocare il presente avviso di mobilità, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità e l'opportunità.

Per quanto non previsto nel presente avviso valgono le leggi e le disposizioni contrattuali e regolamentari vigenti in materia.

Per eventuali informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi alla SC Gestione del Personale di A.S.U.G.I. – tel. 0481 592522 - tutti i giorni feriali (sabato escluso).

IL DIRETTORE DELLA SC GESTIONE DEL
PERSONALE
Dott. Cristina TURCO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 19 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
a conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità
in atti e dichiarazioni mendaci

dichiara

che le copie fotostatiche dei sottosegnati documenti sono conformi agli originali:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Allegati n. _____

Data_____

Fatto, letto e sottoscritto
IL/LA DICHIARANTE

A.S.U.G.I. Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

VISTO, si attesta che la firma del/della sig. _____
nato/a il _____ a _____
è stata apposta alla presenza del sottoscritto oggi _____ in Gorizia, previo
accertamento della Sua identità personale mediante _____
n. _____ rilasciata dal _____
di _____ in data _____

IL FUNZIONARIO RICEVENTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
a conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità
in atti e dichiarazioni mendaci

dichiara

[illegible]

Data

Fatto, letto e sottoscritto
IL/LA DICHIARANTE

A.S.U.G.I. Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

VISTO, si attesta che la firma del/della sig. _____
nato/a il _____ a _____
è stata apposta alla presenza del sottoscritto oggi _____ in Gorizia, previo
accertamento della Sua identità personale mediante _____
n. _____ rilasciata dal _____
di _____ in data _____

IL FUNZIONARIO RICEVENTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
a conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità
in atti e dichiarazioni mendaci

dichiara

Data

Fatto, letto e sottoscritto
IL/LA DICHIARANTE

A.S.U.G.I. Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

VISTO, si attesta che la firma del/della sig. _____
nato/a il _____ a _____
è stata apposta alla presenza del sottoscritto oggi _____ in Gorizia, previo
accertamento della Sua identità personale mediante _____
n. _____ rilasciata dal _____
di _____ in data _____

IL FUNZIONARIO RICEVENTE

Al Direttore Generale
A.S.U.G.I. Azienda Sanitaria Universitaria
Giuliano Isontina
Via Vittorio Veneto 174
Gorizia

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 e sotto la propria personale responsabilità

dichiara:

nato/a a _____

il _____ residente a

_____ in servizio presso

_____ riservata al Personale del ruolo Sanitario -Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari-
INFERMIERE

chiede

di partecipare all'avviso pubblico di mobilità volontaria interna prot.

dd.

**N. 2 INFERMIERI APPARTENENTI ALL'AREA ISONTINA DI A.S.U.G.I.
da assegnare al ALLA RESIDENZA PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA
REMS**

A tal fine dichiara di trovarsi nelle seguenti situazioni personali, valutabili ai sensi del regolamento aziendale per la mobilità:

- di essere l'unico titolare di reddito familiare e che il proprio nucleo familiare è composto come di seguito.

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Residenza

- altro:

- di non avere in corso procedimenti penali in corso o conclusi con sentenza di condanna anche non definitiva.
- di non avere subito sanzioni disciplinari superiori alla censura scritta irrogate nell'ultimo biennio precedente alla data di scadenza del bando di mobilità.
- di avere maturato la seguente anzianità di servizio:

dal	al	Presso

- di essere in possesso della patente di guida categoria ____ e di essere disponibile ad utilizzare l'auto per le esigenze del servizio.
- di non presentare alcuna limitazione/prescrizione rispetto alle attività proprie del profilo di appartenenza per l'attività nelle 24 ore comprese le guardie notturne.
- (se titolare di rapporto di lavoro a tempo parziale) di essere/non essere disponibile, in caso di trasferimento, al ripristino del rapporto di lavoro a tempo pieno.

Allega curriculum formativo professionale, debitamente sottoscritto e fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Dichiara altresì di essere informato, secondo quanto previsto all'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo, data)

(il dipendente)

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000 (DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')

Il sottoscritto,
nato a il,
residente in Via
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non
veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 e sotto la propria personale
responsabilità

DICHIARA

i seguenti stati e fatti personali:

Titoli di studio per l'accesso al concorso

-
..... conseguito presso
..... voto in data

-
..... conseguito presso
..... voto in data

Altri titoli di studio (master, laurea specialistica, dottorato di ricerca, etc, etc.)

- conseguito presso
..... in data

- conseguito presso
..... in data

Iscrizione albo Collegio/Ordine Professionale dei
della Provincia di.....daln. posizione

Pubblicazioni /abstract / poster / altro (indicare se allegate in originale o in copia resa conforme):

Titolo:

Rivista scientifica / altro

N.B. Schema da riprodurre per ogni pubblicazione etc.

Attività di servizio alle DIPENDENZE di Pubbliche Amministrazioni o strutture private convenzionate SSN:

Ente (specificare sede)	<i>dal</i>	<i>al</i>	<i>qualifica</i>	<i>Tempo indeterm/determ*</i>	<i>tipologia oraria**</i>

* specificare se rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato

** specificare se full time o part time (specificare numero ore o percentuale)

eventuali periodi di interruzione dal servizio per aspettativa/congedo o altre assenze non retribuite

- dal al

- dal al

Altre attività presso Pubbliche Amministrazioni

Attività svolta nel profilo professionale di.....

presso (denominazione e sede ente)

a titolo di

☐ co.co.co ☐ libero professionista ☐ tirocinante ☐ borsista

☐ interinale mediante agenzie di lavoro o coop. Sociali

(indicare esatta

denominazione, indirizzo e sede)

☐ volontariato ☐ contrattista ricercatore ☐ altro

(barrare la voce che interessa)

dalal

Impegno orario settimanale..... ..

N.B. Schema da riprodurre per ogni esperienza

Attività presso strutture private

Attività svolta nel profilo professionale di.....

presso (esatta denominazione e indirizzo struttura).....

dalal

Tempo indeterminato / tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)

Tempo pieno / tempo parziale: per n.ore settimanali / percentuale

(cancellare l'ipotesi che non interessa)

N.B. Schema da riprodurre per ogni esperienza

Attività di docenza:

Titolo del Corso

Ente Organizzatore

a.a. / a.s. oppure: data di svolgimento.....ore docenza n.

Materia di insegnamento:.....

Denominazione del corso:.....

Data/e di svolgimento num. giorni..... oppure ore compless

N.B. Schema da riprodurre per ogni partecipazione ad attività di aggiornamento etc.

[illegible]

Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.

Dichiara di manifestare il proprio consenso, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, per le finalità e nei limiti di cui al bando e subordinatamente al puntuale rispetto della vigente normativa.

Luogo e data

FIRMA