



REGIONE BASILICATA

AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Avviso di mobilità volontaria per la copertura di n. 7 posti di Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico – Collaboratore Professionale Sanitario – Cat. D per i Presidi Ospedalieri di questa AOR

In esecuzione della deliberazione n. 2018/01167 del 17 ottobre 2018, del Commissario con poteri di Direttore Generale, ai sensi dell'art. 30 del D. Lgs n. 165/2001 e ss.mm.ii., è indetto avviso di mobilità volontaria, per colloquio e valutazione curriculare, riservato al personale del comparto sanità, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale e degli Enti indicati nell'art. 6 del CCNQ del 13.07.2016, per la copertura di:

- **n. 7 posti di Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico – Collaboratore Professionale Sanitario – Cat. D.**

In conformità a quanto previsto dall'art. 7, comma 1, del Decreto Leg.vo n.165/2001 e ss.mm.ii., è garantita parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e al trattamento sul lavoro.

Art. 1

Requisiti per l'ammissione

Requisiti di ammissione sono:

- a) essere dipendenti a tempo indeterminato, nel profilo professionale e categoria messa ad avviso, di una Azienda Sanitaria della Regione Basilicata o dell'IRCCS – Crob di Rionero in Vulture o di una Azienda Sanitaria o Ospedaliera di altra Regione, ovvero degli altri Enti indicati nell'art. 6 del CCNQ per la definizione dei comparti di contrattazione per il triennio 2016-2018, stipulato in data 13.07.2016;
- b) aver superato il periodo di prova;
- c) avere la piena ed incondizionata idoneità allo svolgimento delle mansioni proprie del posto da ricoprire, senza alcuna limitazione, ovvero senza prescrizioni poste dal medico competente incidenti in maniera rilevante sullo svolgimento delle prestazioni lavorative proprie del profilo di appartenenza; il suddetto requisito deve essere **certificato dal medico competente dell'Azienda di provenienza**;
- d) essere in possesso del nulla osta preventivo rilasciato dall'Azienda di appartenenza;



- e) non aver avuto procedimenti disciplinari nell'ultimo triennio che abbiano dato luogo ad una sanzione disciplinare superiore al rimprovero verbale né di avere procedimenti disciplinari in corso;
- f) iscrizione all'albo professionale ove richiesto.

Tutti i requisiti di ammissione devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di partecipazione al presente avviso e permanere alla data dell'effettivo trasferimento.

La carenza di uno solo dei requisiti comporterà la non ammissione alla procedura ovvero, nel caso di carenza riscontrata all'atto dell'effettivo trasferimento, la decadenza dal diritto.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 15 della legge 12 novembre 2011, n. 183, il possesso dei requisiti di cui alle lettere a), b), d), e), f), deve essere dimostrato **esclusivamente** attraverso la dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà utilizzando il modello allegato alla domanda (il cui schema è riportato nel presente avviso), corredata di copia fotostatica non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità ovvero dichiarato nel corpo della domanda di partecipazione all'avviso. L'eventuale produzione di certificato relativo ai suddetti requisiti rilasciato da una P.A. è nulla. In tal caso l'Azienda procederà all'**esclusione** del candidato **per difetto del requisito attestato dal certificato medesimo**.

Si precisa sin d'ora che questa Azienda procederà alla verifica della veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii. e procederà a segnalare le eventuali dichiarazioni mendaci verificate all'Autorità Giudiziaria.

Art. 2

Domanda di ammissione e modalità di invio

Per poter partecipare al presente avviso, i candidati dovranno far pervenire domanda, redatta in carta semplice, indirizzata al Commissario con poteri di Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" – Via Potito Petrone – Potenza, e presentata, a pena di esclusione, entro il termine perentorio del **15° giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso, per estratto, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana**, secondo una delle seguenti modalità:

- a) presentata direttamente all'Ufficio Protocollo Aziendale;
- b) inviata a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento;
- c) inoltrata tramite casella di posta elettronica certificata al seguente indirizzo PEC:
concorsi@pec.ospedalesancarlo.it. La validità di tale invio è subordinata



all'utilizzo, da parte del candidato, di una casella di posta elettronica certificata personale. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica certificata di altro soggetto o da casella di posta elettronica semplice, anche se verso la PEC aziendale. La domanda e tutta la documentazione, compreso il documento di identità personale, devono essere allegati esclusivamente in formato PDF.

Qualora detto giorno sia festivo o cada di sabato, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Si considerano utilmente prodotte le domande trasmesse entro il termine indicato. A tal fine fa fede, per le domande spedite, il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

La domanda deve essere redatta secondo lo schema allegato al presente avviso, riportando tutte le indicazioni che, secondo le norme vigenti, i candidati sono tenuti a fornire.

La domanda deve essere firmata, pena esclusione, e la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata.

Nella domanda gli aspiranti dovranno dichiarare, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii. e consapevoli della sanzione della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in base ad una dichiarazione non veritiera nonché delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii., di essere in possesso dei requisiti previsti per la mobilità di cui trattasi, allegando i documenti ivi richiamati.

Alla domanda deve essere allegato un curriculum di carriera e professionale debitamente datato e firmato, completo di ogni elemento utile alla valutazione del percorso formativo e lavorativo del candidato.

Art. 3 **Cause di esclusione**

Sono cause di esclusione dalla presente procedura, oltre al mancato possesso dei requisiti specifici di cui all'art. 1 lettere a), b), c), d), e), f):

- 1) l'inoltro della domanda fuori termine;
- 2) l'inoltro della domanda di partecipazione senza l'allegato A in cui sono richiamate le autocertificazioni di cui ai punti A-B-D-E previsti nello schema ed inerenti al possesso dei requisiti;
- 3) l'aver trasmesso la domanda di partecipazione priva della firma;



- 4) la presenza di prescrizioni ovvero limitazioni poste dal medico competente ed incidenti in maniera rilevante sullo svolgimento delle prestazioni lavorative proprie del posto da ricoprire la cui valutazione sarà effettuata dal Collegio Medico con funzioni di Medico Competente di questa Azienda. E' considerata limitazione incidente in maniera rilevante sullo svolgimento delle prestazioni lavorative l'inidoneità all'articolazione dell'orario di servizio H24;
- 5) l'aver trasmesso l'allegato A privo di firma, non completo o privo di copia di un documento di riconoscimento allegato.

Art. 4

Ammissione/esclusione dei candidati

L'Azienda provvederà, con apposito atto, all'ammissione dei candidati, previa verifica dei requisiti di ammissione indicati nel presente avviso e dell'assenza delle cause di esclusione di cui all'art. 3 del presente avviso.

L'elenco dei candidati ammessi sarà pubblicato **esclusivamente** sul sito internet dell'Azienda www.ospedalesancarło.it – Sezione Amministrazione Trasparente - link "*Avvisi di mobilità*" con la convocazione al colloquio di cui al successivo art. 5 del presente avviso.

L'esclusione dalla procedura selettiva per le cause di cui all'art. 3 verrà notificata entro trenta giorni dalla data di esecutività del provvedimento.

Art. 5

Modalità di selezione

La Commissione accerterà l'idoneità dei candidati sulla base:

- a) di un colloquio che verterà sulle materie inerenti la funzione da conferire e tenderà a valutare le conoscenze, le competenze e le attitudini acquisite in relazione alla specifica figura professionale di appartenenza;
- b) della valutazione del curriculum di carriera e professionale in rapporto al posto da ricoprire.

Il mancato superamento del colloquio comporta un giudizio di non idoneità alla mobilità. In tal caso la Commissione non procederà alla successiva valutazione curriculare.

Il diario del colloquio sarà comunicato ai candidati **esclusivamente** mediante pubblicazione sul sito internet dell'Azienda www.ospedalesancarło.it – Amministrazione Trasparente - link "*Avvisi di mobilità*", non meno di dieci giorni prima della data fissata, e **varrà quale notifica a tutti gli effetti.**



L'assenza al colloquio, a qualsiasi causa dovuta, costituisce rinuncia alla mobilità.

I criteri di valutazione del colloquio e del curriculum saranno stabiliti dalla Commissione prima dell'effettuazione delle prove di selezione.

La Commissione, al termine della valutazione complessiva del curriculum e del colloquio, inserirà i candidati idonei, in ordine prioritario, in apposito elenco.

Il suddetto elenco sarà pubblicato sul sito internet aziendale www.ospedalesancarło.it - Amministrazione Trasparente – link "*Avvisi di mobilità*" e detta pubblicazione varrà quale notifica a tutti gli effetti.

La graduatoria dei candidati idonei sarà efficace esclusivamente ai fini e nei limiti della copertura dei n. 7 posti di cui trattasi.

Art. 6 **Disposizioni finali**

Con la partecipazione all'avviso è implicita da parte dell'aspirante l'accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni e precisazioni in esso contenute nonché di quelle che disciplinano o disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale delle Aziende Sanitarie.

Il personale che sarà trasferito dovrà essere disposto ad operare presso i Presidi Ospedalieri di questa AOR (P.O. San Carlo di Potenza, P.O. di Pescopagano, P.O. di Lagonegro, P.O. di Melfi, P.O. di Villa d'Agri).

L'immissione in servizio è **subordinata al verificarsi dei presupposti procedurali previsti dalle normative di riferimento vigenti nel tempo oltre che all'assenso dell'Amministrazione di provenienza.**

Il personale trasferito è soggetto all'obbligo di permanenza presso l'Azienda Ospedaliera per un periodo minimo di tre anni.

L'Azienda Ospedaliera si riserva la facoltà di prorarre il termine di scadenza della presentazione delle domande, di annullare o revocare il presente avviso, ove ricorrano motivi di pubblico interesse.

Ai sensi della vigente normativa sulla privacy il trattamento dei dati personali forniti dai candidati sarà finalizzato allo svolgimento della procedura in parola e all'eventuale instaurazione e gestione del rapporto contrattuale.

Gli interessati possono scaricare il presente bando, unitamente allo schema di domanda ed ai relativi allegati, dal sito internet aziendale www.ospedalesancarło.it – **Amministrazione Trasparente** – link "*Avvisi di mobilità*" o ritirarlo presso l'Unità Operativa Gestione Risorse Umane di questa Azienda Ospedaliera – Via Potito Petrone – Potenza.



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

Il Responsabile del procedimento è la Dott.ssa Donata Lovallo alla quale potranno essere formulate richieste di chiarimento telefonando dal lunedì al venerdì, al seguente numero: 0971/613032.

Il Commissario con poteri di
Direttore Generale
Dr. Rocco Alessandro G. Maglietta



Schema della domanda (in carta semplice)

AL COMMISSARIO CON POTERI DI
DIRETTORE GENERALE
dell'Azienda Ospedaliera
Regionale "San Carlo"
Via Potito Petrone
85100 POTENZA

__l_ sottoscritt_ _____

ch i e d e

di essere ammess_ a partecipare all'**avviso di mobilità** volontaria per la copertura di:

- **n. 7 posti di Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico – Collaboratore Professionale Sanitario – Cat. D**

da assegnare ai presidi ospedalieri di questa AOR (P.O. San Carlo di Potenza, P.O. di Pescopagano, P.O. di Lagonegro, P.O. di Melfi, P.O. di Villa d'Agri).

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole della sanzione della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in base ad una dichiarazione non veritiera nonché delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.,

dichiara:

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000:

1. di essere nato/a a _____ il _____
2. di essere cittadin_ italian_ ovvero di uno dei Paesi dell'Unione Europea _____, ovvero familiare di un cittadino di uno Stato Membro dell'U.E. in possesso del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
3. di essere cittadino di Paese terzo (indicare il Paese) _____ e di essere in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o di essere in possesso dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria (depenare la parte che non interessa);
4. di essere residente a _____ in Via _____;
5. di essere iscritt_ nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per il seguente motivo _____;
6. di non aver/aver riportato le seguenti condanne penali: _____;
7. per quanto riguarda gli obblighi militari, di avere la seguente posizione _____;
8. di essere in possesso:
 - del Diploma di Scuola _____;
 - della Laurea in _____;
9. di essere iscritt_ all'Albo Professionale di _____ dal _____ (ove esistente);



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

-
10. di essere dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda/Ente _____ in qualità di _____ dal _____;
11. di essere in possesso del nulla osta preventivo rilasciato dall'Azienda di appartenenza;
12. di aver preso visione del bando di mobilità e di accettare tutte le condizioni ivi contenute.

Alla presente domanda devono essere allegati:

- A. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione relativa al servizio/ai servizi svolti, al superamento del periodo di prova, all'assenza di sanzioni/procedimenti disciplinari;
- B. copia autenticata della certificazione del medico competente dell'Azienda di appartenenza relativa alla idoneità fisica al lavoro;
- C. dettagliato curriculum formativo e professionale, datato e firmato;
- D. nulla osta preventivo rilasciato dall'Azienda di appartenenza;
- E. copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

I sottoscritt_ autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo n.196/03 e ss.mm.ii., l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo al trattamento dei dati ivi riportati per le finalità del bando per cui è fatta l'istanza.

Data _____

FIRMA _____

Recapito per comunicazioni: _____

Tel. _____ e-mail _____



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritt _____, nat_ a _____,
il _____ e residente in _____ (provincia di _____),
Via _____ n.____, consapevole delle sanzioni
penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.
76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.,

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti presenti alla data di scadenza del presente
avviso e degli altri titoli di servizio validi agli effetti della valutazione curriculare:

- A) di essere dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda/Ente
in _____
qualità _____
con anzianità dal _____;
- B) di aver superato il periodo di prova in data _____
presso _____;
- C) di aver svolto i seguenti servizi presso strutture pubbliche
(1) _____

- D) di aver svolto i seguenti servizi presso strutture private convenzionate
(1) _____

- E) di non aver avuto, nell'ultimo triennio a proprio carico sanzioni disciplinari
superiori al rimprovero verbale né di essere sottoposto a procedimenti disciplinari.
- F) di essere in possesso del nulla osta preventivo rilasciato dall'Ente di
appartenenza.

Data _____

F I R M A

(1) Specificare:

- Ente presso cui è stato prestato il servizio;
- tipologia di rapporto (tempo determinato ovvero indeterminato);
- durata (inizio e fine: giorno, mese, anno);
- eventuali cause di interruzione del servizio incidenti sull'anzianità di servizio e
relativa durata (inizio e fine: giorno, mese, anno);
- eventuali periodi prestati ad impegno ridotto, specificando la relativa percentuale di
riduzione e la durata (inizio e fine: giorno, mese, anno).

**Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii., alla presente dichiarazione deve
essere allegata fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di
validità.**