

Il 17/04/2018

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: **10 MAGGIO 2018**

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

Ambito di Massa Carrara

via Don Minzoni, 3 – 54033 Carrara (MS)

DIPARTIMENTO INFERMIERISTICO E OSTETRICO

**AVVISO DI MOBILITA' INTERNA PER SOLI TITOLI, RISERVATA AL PERSONALE
ATTUALMENTE IN SERVIZIO PRESSO L'AMBITO TERRITORIALE DI MASSA
CARRARA, PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI COLLABORATORE
PROFESSIONALE SANITARIO CAT. "D" – INFERMIERE
PER LE ATTIVITA' DELL'ISTITUTO PENITENZIARIO DI MASSA,
ZONA DELLE APUANE
(AVV/INT N. 2/2018)**

Si rende noto che l'Azienda intende procedere alla formazione di una specifica graduatoria per soli titoli riservata al personale infermieristico avente la qualifica di C.P.S. Infermiere, Cat. D, dipendente dell'Azienda, in servizio e assegnato presso l'Ambito Territoriale di Massa Carrara - Zona delle Apuane (Territorio e Ospedale) -, mediante l'istituto della Mobilità Interna in conformità a quanto stabilito dal Regolamento Aziendale, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 532 del 23/08/2010.

Obiettivo: l'Azienda ha necessità di coprire un posto da assegnare all'Istituto Penitenziario di Massa nella Zona/Distretto delle Apuane.

1. REQUISITO DI AMMISSIONE

Possono partecipare alla mobilità i dipendenti dell'ex Azienda USL 1 di Massa Carrara attualmente in servizio a tempo indeterminato, nella Zona delle Apuane (Territorio e Ospedale), a tempo pieno, idonei alla mansione di Infermiere (mansione che verrà valutata successivamente dal Medico Competente, nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario Cat. "D" – INFERMIERE).

N.B.: Non possono partecipare all'avviso di mobilità interna i titolari di incarico di coordinamento e di posizione organizzativa salvo rinuncia agli incarichi stessi, nonché i dipendenti che hanno beneficiato della mobilità da meno di due anni.

L'assegnazione al Servizio potrà avvenire previa verifica dello status del dipendente (limitazioni con la Giustizia) da parte dell'Amministrazione Penitenziaria per l'accesso al Carcere di Massa.

I candidati interessati potranno presentare, secondo gli schemi allegati in calce al presente bando, debitamente sottoscritta, domanda di partecipazione con dettagliato Curriculum Formativo e Professionale formulato ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 (Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di Atto di Notorietà) e copia di un documento d'identità, indirizzata al Direttore del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico Azienda USL Toscana Nord Ovest - via Don Minzoni, 3 – 54033 Carrara (MS) entro il:

10 MAGGIO 2018

L'inoltro della domanda di partecipazione, con allegato il Curriculum Formativo e Professionale e copia di un documento d'identità, ai fini della partecipazione alla selezione saranno considerati prodotti in tempo utile se:

- consegnati direttamente, entro il termine fissato dal bando, all'Ufficio Protocollo dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest, via Don Minzoni, 3 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.30 - chiuso il sabato;
- inviati entro il termine fissato dal bando dalla **casella di posta Elettronica Certificata (PEC) – intestata al candidato** – *esclusivamente in un unico file formato PDF* – al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it, in applicazione del “Nuovo Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD)”. **Specificare nell'oggetto della domanda: Mobilità interna ISTITUTO PENITENZIARIO Zona/Distretto delle Apuane.**

Tale termine deve intendersi perentorio: l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

2. VALUTAZIONE DEI TITOLI

La valutazione di cui sopra verrà effettuata dal Dirigente Infermieristico dell'U.O. Zone Distretto Lunigiana, Apuane e Ospedali Pontremoli e Fivizzano supportato da un funzionario amministrativo, secondo i criteri stabiliti dal Regolamento sulla mobilità interna adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 532 del 23/08/2010 (art. 8) e per quanto non espressamente previsto dal citato Regolamento, per analogia, saranno applicati i criteri secondo quanto previsto dal D.P.R. 220/2001.

Graduatoria di selezione: la graduatoria di merito sarà formulata secondo l'ordine dei punti conseguiti da ciascun candidato sulla base della valutazione dei titoli presentati nel rispetto dei criteri previsti nel Regolamento per la mobilità sopra citata, e in analogia per quanto non espressamente previsto dal citato Regolamento da quanto disposto dal D.P.R. 220/2001, con l'osservanza, a parità di punti, delle preferenze previste dall'art. 5 del D.P.R. 487/94 e ss.mm.ii. Qualora a conclusione delle operazioni di valutazione dei titoli preferenziali, due o più candidati conseguano pari punteggio, la preferenza sarà determinata dall'età nel modo stabilito dalle vigenti disposizioni di legge.

I dipendenti collocati in graduatoria saranno contattati formalmente secondo l'ordine di arrivo ed entro cinque giorni, pena decadenza, dovranno esprimere per iscritto l'accettazione o il rifiuto della nuova destinazione.

La graduatoria, sarà resa pubblica e consultabile sul sito intranet aziendale – sezione New - ed avrà durata biennale dalla data di pubblicazione della graduatoria sul sito. La stessa sarà utilizzata in caso di necessità a scorrimento.

Norme di salvaguardia

Per quanto non particolarmente contemplato nel presente avviso interno si intendono qui richiamate, a tutti gli effetti, le disposizioni di legge e regolamentari, nonché i CC.CC.NN.LL. vigenti in materia.

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente bando qualora ricorrano motivi di pubblico interesse o disposizioni di legge, senza che per i partecipanti alla selezione insorga alcuna pretesa o diritto.

Per ulteriori informazioni contattare il seguente numero: 0585 498139.

Carrara, 17 aprile 2018

IL DIRETTORE
DIPARTIMENTO INFERMIERISTICO OSTETRICO
Dr.ssa Chiara PINI

**AVVISO DI MOBILITA' INTERNA PER SOLI TITOLI, RISERVATA AL PERSONALE
ATTUALMENTE IN SERVIZIO PRESSO L'AMBITO TERRITORIALE DI MASSA
CARRARA, PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI COLLABORATORE
PROFESSIONALE SANITARIO CAT. "D" – INFERMIERE
PER LE ATTIVITA' DELL'ISTITUTO PENITENZIARIO DI MASSA,
ZONA DELLE APUANE.**

SCHEMA DOMANDA

(da compilare in modo leggibile)

*AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
INFERMIERISTICO E OSTETRICO
via Don Minzoni, 3
54033 – CARRARA (MS)*

__l_sottoscritt__ cognome nome nato/a
a il residente a
via/piazza n città'
c.a.p. tel.....

dipendente a tempo indeterminato - profilo Cat con
attività di servizio presso l'U.O./U.F..... Presidio
Ospedaliero/Distretto..... ;

CHIEDE

di partecipare all'avviso di mobilità interna, in scadenza il 10/05/2018, riservato al solo personale dipendente dell'ex Azienda USL 1 Massa Carrara, a tempo pieno e indeterminato, appartenente alla Cat. D – Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, attualmente in servizio nella Zona delle Apuane – per la copertura di n. 1 posto per le attività del'Istituto Penitenziario di Massa, Zona delle Apuane.

A TAL FINE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', ai sensi degli artt. 46 e/o 47 del DPR 445/00, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR sopramenzionato il seguente

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE:

DI ESSERE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO DELL'AZIENDA USL TOSCANA
NORD OVEST DAL _____ CAT ____ C.P.S. INFERMIERE, IN SERVIZIO
PRESSO _____ (indicare il Presidio di
assegnazione/Zona)
TEL. INTERNO SERVIZIO _____,
CELLULARE _____,
e-mail _____,

-
-

- di avere maturato la seguente **anzianità di servizio prestato nel S.S.N. nel profilo di appartenenza** (indicare anche il servizio eventualmente prestato nel profilo di appartenenza c/o altre Aziende Sanitarie):

Azienda.....dal al profilo
..... presso U.O.
Sede
Azienda.....dal al profilo
..... presso U.O.
Sede
Azienda.....dal al profilo
..... presso U.O.
Sede

Ulteriori attività di servizio nel profilo, presso **Aziende private o accreditate**:

Azienda.....dal al profilo
..... presso U.O.
Sede
Azienda.....dal al profilo
..... presso U.O.
Sede
Azienda.....dal al profilo
..... presso U.O.
Sede

- di essere **residente** in via _____, C.A.P. _____, città _____ (il punteggio verrà attribuito solo nel caso in cui la nuova sede di servizio comporti un avvicinamento alla dimora abituale);

- di trovarsi nella seguente **situazione familiare e personale:**

- ☐ Senza coniuge (situazione di separato – separazione consensuale omologata o giudiziale - o divorziato) con figlio/i conviventi a carico _____;
- ☐ Genitore di figlio convivente di età inferiore a 6 anni (indicare data di nascita) _____;
- ☐ Genitore di figlio convivente di età inferiore a 14 anni (indicare data di nascita) _____;
- ☐ Presenza di altri/o familiari/e che necessitano di assistenza (indicare il grado di familiarità e la tipologia del beneficio) _____.

- di possedere i seguenti **titoli accademici e di studio:**

- ☐ Laurea triennale in _____ conseguita il _____ presso _____ (se non requisito di ammissione)
- ☐ Laurea Specialistica o V.O. in _____ conseguita il _____ presso _____ (se non requisito di ammissione)
- ☐ Master universitario di 1° Liv. o 2° Liv. in _____ conseguito il _____ presso _____;
- ☐ Corso di Perfezionamento universitario in _____ conseguito il _____ presso _____;
- ☐ Attività Didattica (docenze – escluse docenze a corsi di aggiornamento -) presso scuole del SSN o Pubbliche Amministrazioni

- ☐ Corsi di aggiornamento svolti in qualità di Docente/Relatore :
(Schema da riprodurre per ogni corso)

Ente Promotore

titolo del corso dal al

c/o.....

- ☐ Corsi di aggiornamento attinenti con il posto in mobilità da conferire svolti in qualità di Discente negli ultimi 5 anni:

(Schema da riprodurre per ogni corso)

Ente Promotore

titolo del corso dal al

c/o.....

- ☐ Corsi superati per il conseguimento di qualifiche professionali o specializzazioni attinenti al profilo professionale riconosciute da Pubbliche Amministrazioni, Regioni, Province ecc.

(Schema da riprodurre per ogni corso)

Denominazione del Corso.....

Conseguito presso..... in data.....

Che il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto essere inviata ogni necessaria comunicazione,
è il seguente: _____

via _____ n. _____

città _____ CAP _____

telefono _____ cell. _____

Data, _____

Firma _____

Allegati: 1. copia di valido documento di identità

2. altro _____