

Azienda ospedaliero-universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano (Torino)

**Mobilità volontaria per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico di Medicina Fisica e Riabilitazione.**

L'Azienda Ospedaliero Universitaria San Luigi di Orbassano intende precedere alla copertura di n. 1 posto vacante della posizione funzionale di Dirigente Medico di Medicina Fisica e Riabilitazione mediante accoglimento di istanza di mobilità volontaria ai sensi dell'art. 20 del CCNL della Dirigenza Medica e Veterinaria del 08/06/2000.

I candidati devono possedere competenze documentate nella gestione della attività di degenza ordinaria e di DH di III° livello e di pazienti con disabilità complessa neuro-cardio-respiratoria.

Alla domanda dovrà essere allegata, nell'interesse del partecipante, documentazione inerente le specifiche sopra richieste.

A tal fine si invitano i Dirigenti Medici delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte (esclusi i dipendenti dei Presidi ex art. 43 della Legge n. 833/78 o degli IRCCS), in servizio a tempo indeterminato, che abbia superato il periodo di prova in detta posizione funzionale e disciplina, interessati al trasferimento presso questa Azienda Ospedaliera, a presentare domanda di mobilità.

La domanda e la documentazione ad essa allegata può essere:

1. consegnata direttamente a mano alla S.C. Amministrazione del Personale – Settore Concorsi (dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00 e dalle ore 14,00 alle ore 15,30 – il giorno della scadenza dalle ore 9,00 alle ore 12,00). Nel caso di presentazione diretta la firma in calce deve essere apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione dell'istanza;
2. inviata tramite fax al n. 011.9026293 (previa telefonata al n. 011.9026215/331);
3. trasmessa da casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) del Candidato all'indirizzo [sanluigi.personale@legalmail.it](mailto:sanluigi.personale@legalmail.it) secondo quanto previsto dalla normativa vigente. La domanda deve essere scannerizzata e sottoscritta.

Per la presentazione della domanda può essere utilizzato il fac-simile allegato.

I Candidati sono convocati all'espletamento di apposito colloquio che si svolgerà il giorno 08/04/2014 alle ore 9,00 presso l'Ufficio Concorsi – S.C. Amministrazione del Personale e verterà sulle tematiche inerenti la tipologia dell'attività con particolare riferimento alla gestione dei pazienti con disabilità complessa neuro-cardio-respiratoria.

Nessuna ulteriore comunicazione sarà inviata relativamente all'espletamento del colloquio.

L'Amministrazione si riserva la facoltà insindacabile, senza che gli aspiranti possano sollevare obiezioni o vantare diritti di sorta, di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente concorso, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità e l'opportunità per ragioni di pubblico interesse ovvero in ragione di esigenze attualmente non valutabili né prevedibili, nonché in applicazione di disposizioni di contenimento della spesa pubblica che impedissero, in tutto o in parte l'assunzione di personale o per mancanza di disponibilità finanziaria dell'A.O.U..

Il Direttore Generale  
Remo Fulvio Urani

Allegato

AI DIRETTORE GENERALE  
dell'A.O.U. San Luigi di Orbassano  
Regione Gonzole, 10  
10043 Orbassano (TO)

Il sottoscritto COGNOME..... NOME.....  
Luogo e data di nascita .....  
Residente in ..... Via ..... n ... Prov. .... CAP .....  
Telefono .....

Domicilio presso il quale inviare ogni comunicazione (indicare unicamente se diverso dalla residenza):

Via/Piazza ..... n. .... Località .....  
Prov. .... CAP ..... Recapito telefonico .....

chiede di partecipare all'avviso pubblico di mobilità per titoli e colloquio per la copertura a tempo indeterminato di n. \_\_ posto di \_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/2000), il sottoscritto dichiara:

- di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso ..... a far tempo dal .....
- di essere inquadrato nel profilo professionale di .....
- di aver superato il periodo di prova nel profilo professionale di .....
- di non aver riportato condanne penali / di aver riportato le seguenti condanne penali (dichiarare le condanne penali riportate e gli eventuali procedimenti nonché eventuali sentenze di patteggiamento):.....;
- di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di ..... in data .....
- di essere in possesso della Specializzazione in ..... conseguita presso l'Università di ..... in data ..... ai sensi del D.Lgs .....
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine Professionale ..... della provincia di ..... al ....., posizione n. ....;
- l'indirizzo e-mail al quale poter effettuare ogni comunicazione: .....
- di aver prestato, presso Pubbliche Amministrazioni/Strutture Private/Strutture convenzionate o accreditate, i servizi che risultano dal curriculum di cui all'allegato modello;

**Il sottoscritto allega alla presente domanda:**

- 1) Curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- 2) Elenco dei documenti allegati, datato e firmato;
- 3) Per i cittadini membri della Unione europea: dichiarazione relativa al godimento dei diritti civili e politici negli stati di appartenenza o provenienza, al possesso di tutti i requisiti previsti per i cittadini italiani – ad eccezione della cittadinanza italiana – nonché di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana.
- 4) Fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.

Il sottoscritto autorizza l'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente nell'ambito dello svolgimento del concorso e nell'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato nella presente domanda.

Luogo e data \_\_\_\_\_ FIRMA