

Azienda sanitaria locale 'TO1'

**BANDO DI AVVISO PUBBLICO DI MOBILITA' REGIONALE ED INTERREGIONALE A N. 1 POSTO DI DIRIGENTE DI FARMACIA OSPEDALIERA DA ASSEGNARE ALLA S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA DEL P.O. MARTINI DELL'A.S.L. TO1 DI TORINO.**

In esecuzione della deliberazione del Commissario n. 790/B.01 del 11.10.2016, è indetto avviso pubblico di mobilità regionale ed interregionale per titoli e colloquio, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. e dell'art. 20 del C.C.N.L. 8.6.2000 della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa, per la copertura di:

**N. 1 POSTO DI DIRIGENTE DI FARMACIA OSPEDALIERA** da assegnare alla S.C. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera del P.O. Martini dell'A.S.L. TO1 di Torino.

Il candidato dovrà avere una consolidata esperienza in tutte le attività richieste al dirigente farmacista ospedaliero. In particolare esperienza maturata nell'ambito della gestione dei medicinali e dei dispositivi medici, dall'approvvigionamento alla dispensazione. La conoscenza dei percorsi della distribuzione diretta dei medicinali, compresa la parte normativa nazionale, regionale e la reportistica.

Autonomia in ambito di dispensazione dei medicinali a tutti i livelli della produzione di repertoristica mirata su consumi/spesa.

Sarà considerato titolo preferenziale l'esperienza maturata nella gestione della galenica sterile.

Le domande di partecipazione all'avviso, redatte in carta semplice e debitamente firmate, devono essere indirizzate al Commissario dell'A.S.L. TO1 Via San Secondo 29 – 10128 Torino improrogabilmente entro le ore 12,00 del trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Qualora detto termine venga a cadere in giorno festivo o feriale non lavorativo, il termine stesso è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La domanda, sottoscritta in originale dal candidato, potrà essere prodotta entro il termine di scadenza **esclusivamente a mezzo posta per raccomandata con avviso di ricevimento** e si considerano prodotte in tempo utile se spedite entro il termine di scadenza. A tal fine fa fede il timbro a data con ora dell'Ufficio Postale accettante.

L'assunzione a tempo indeterminato tramite mobilità sarà disposta previa formazione di una graduatoria dei candidati dichiarati idonei ad insindacabile giudizio della Commissione nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.P.R. 10.12.1997 n. 483, con i seguenti criteri e modalità operative:

- per la valutazione dei titoli di merito sono a disposizione della Commissione 40 punti;
- per la valutazione del colloquio sono a disposizione della Commissione 60 punti.

I punti per la valutazione dei titoli sono così ripartiti:

- titoli di carriera punti 10
- titoli accademici e di studio punti 6
- pubblicazioni e titoli scientifici punti 6

- curriculum formativo e professionale punti 18

## **REQUISITI**

Possono partecipare all'avviso di mobilità i dipendenti delle Aziende Sanitarie nonché degli altri Enti del comparto del Servizio Sanitario Nazionale, anche di Regioni diverse, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, che siano inquadrati nel profilo professionale oggetto del presente avviso e che abbiano superato il periodo di prova.

## **DOMANDA DI AMMISSIONE**

Per l'ammissione all'avviso di mobilità gli aspiranti devono dichiarare, mediante compilazione dell'allegato modulo, datato e firmato sotto la propria responsabilità, quali dichiarazioni sostitutive, a norma dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, il possesso dei requisiti richiesti per l'ammissione all'avviso.

La domanda deve essere corredata obbligatoriamente di un curriculum formativo e professionale, datato e firmato con allegata copia di un documento di identità.

**I candidati dovranno presentare, altresì, dichiarazione attestante l'assenso preventivo e incondizionato alla mobilità rilasciato dall'Azienda di provenienza.**

Non verranno prese in considerazione domande di mobilità presentate al di fuori della presente procedura o che non alleghino la dichiarazione di assenso preventivo ed incondizionato.

Gli aspiranti devono indicare l'indirizzo presso il quale devono essere trasmesse tutte le comunicazioni relative all'avviso; essi sono tenuti a comunicare tempestivamente ogni cambiamento di indirizzo all'amministrazione la quale non assume alcuna responsabilità nel caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato.

Il bando integrale sarà pubblicato sul sito aziendale [www.aslto1.it](http://www.aslto1.it).

## **COLLOQUIO**

**La convocazione dei candidati ammessi per sostenere il colloquio sarà effettuata unicamente con avviso pubblicato sul sito internet aziendale [www.aslto1.it](http://www.aslto1.it) almeno 10 giorni prima del colloquio, non seguiranno ulteriori comunicazioni in merito.**

I candidati che hanno presentato domanda all'avviso di mobilità dovranno presentarsi al colloquio muniti di un documento d'identità in corso di validità.

L'accoglimento della domanda di mobilità è subordinata alla valutazione positiva a seguito di un colloquio tendente ad accertare la professionalità in possesso degli aspiranti con riferimento alle competenze richieste ed alla specificità del posto da ricoprire.

Il superamento del colloquio è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza pari a 42/60.

Le valutazioni degli aspiranti alla mobilità saranno effettuate da apposita Commissione formata dal Direttore Sanitario d'Azienda o suo delegato, dal Direttore della Struttura Complessa alla quale è destinato il dirigente, o suo delegato, coadiuvati da altro Dirigente della medesima Struttura individuato per competenza.

L'idoneità a ricoprire il posto oggetto del presente avviso è espressa in base alla valutazione del curriculum e del colloquio di ciascun partecipante ed è insindacabile in quanto le decisioni sono correlate unicamente alle esigenze dell'Azienda, ferma restando la diretta responsabilità dei soggetti che esprimono il parere.

La mancata presentazione al colloquio, qualunque sia la causa, equivale a rinuncia.

L'esito della procedura sarà pubblicato sul sito dell'Azienda.

Si precisa che la graduatoria approvata potrà essere utilizzata per la copertura di eventuali posti che si renderanno vacanti.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere od annullare il presente bando, dandone comunicazione agli interessati.

Il termine di conclusione del procedimento afferente detta procedura è stabilito in sei mesi a decorrere dalla pubblicazione dell'estratto dell'avviso nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Tale termine potrà essere elevato in presenza di ragioni oggettive. In tal caso se ne darà comunicazione agli interessati mediante comunicazione sul sito Internet dell'Azienda.

Per ogni eventuale informazione gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Gestione e Amministrazione Risorse Umane dell'ASL TO1 - Settore Concorsi - Via San Secondo n. 29, Torino – dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle 12,00 – telefono 011.566.2363 - 011.566.2273.

IL COMMISSARIO  
Dr. Valerio Fabio ALBERTI

Al Commissario  
Azienda Sanitaria Locale TO1  
Via San Secondo, 29  
10128 - TORINO

Il/La sottoscritt/a ..... chiede di partecipare all'avviso pubblico di mobilità regionale ed interregionale a n° ..... post .. di .....  
.....  
pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. .... del  
.....

e all'uopo dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere:

- Nato/a a ..... il .....
- residente a ..... in Via ..... n. ...
- domiciliato/a a ..... in Via ..... n. ...
- recapiti telefonici .....
- stato civile ..... (figli n.....)
- in possesso della cittadinanza italiana o equivalente (indicarla) .....
- iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di .....
- in possesso del seguente codice fiscale .....
- nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari .....
- in possesso del seguente titolo di studio.....  
conseguito in data ..... presso .....
- in possesso del diploma di specializzazione in .....  
conseguito il ..... presso .....
- abilitato alla professione
- iscritto al n. .... dell'Albo / Ordine dei .....
- della Provincia/Regione ..... a decorrere dal .....
- dipendente dell'Azienda / Ente \* .....
- \* In caso di mobilità intercompartimentale va indicato lo specifico comparto di appartenenza
- 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
- Dirigente ..... dal .....
- presso la S.C. /Servizio .....
- con il seguente incarico .....
- Rapporto esclusivo/non esclusivo

Rapporto di lavoro a impegno ridotto      NO      SI'      (dal.....)

se SI: Tipologia orario .....

- di aver superato il periodo di prova dal .....

**DICHIARA INOLTRE**

- 1) Riepilogo delle assenze a vario titolo (escluse ferie) .....
- .....
- 2) Ferie residue alla data attuale .....
- 3) Consistenze numeriche delle assenze per malattie negli ultimi tre anni .....
- 4) Procedimenti disciplinari nell'ultimo biennio .....
- Esito .....
- 5) Esito Idoneità alla mansione:   SI   \_\_\_       SI, con limitazioni   \_\_\_
- NO, temporanea   \_\_\_       NO, permanente   \_\_\_

Nel caso sia stata contrassegnata la casella NO, specificare l' 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) Appartiene a categoria protetta           SI' (specificare).....NO
- 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, circoscrizionali, delle comunità montane, etc.)
- 12) Eventuali incarichi istituzionali .....
- 13) Eventuali incarichi sindacali .....
- 14) Eventuale contenzioso in atto con l'Ente di appartenenza .....
- (specificare in caso affermativo 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 dell'art. 76 del D.P.R. 28-12-2000 n° 445 in caso di dichiarazioni mendaci.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di dare il proprio consenso al trattamento dei dati predetti qualora assumano la connotazione di dati sensibili, ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e delle Autorizzazioni n. 1/97 e n. 2/97 del Garante per la protezione dei dati personali, nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti e alle finalità del presente procedimento e con le modalità sopra specificate.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di accettare le disposizioni del presente avviso di mobilità e di essere consapevole che la mancata presentazione al colloquio il giorno prefissato equivale a rinuncia.

.....

.....

data

firma leggibile

Allegare curriculum vitae e copia documento di identità.

Indica il seguente domicilio presso il quale desidera ricevere tutte le comunicazioni relative all'avviso:

Cognome e Nome .....

Indirizzo .....

C.A.P. ....Città .....Tel: .....

**Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003:** i dati personali da Lei dichiarati e contenuti nella presente dichiarazione sono trattati nell'ambito del procedimento per il quale gli stessi sono resi.

Curriculum professionale del dott. \_\_\_\_\_  
(dichiarazione sostitutiva di certificazione – art. 46 e di atto di notorietà – art. 47 e art. 38 del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in relazione all'avviso di mobilità regionale ed interregionale di Dirigente Medico di \_\_\_\_\_, dichiara quanto segue:

Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi delle disposizioni vigenti, che i dati forniti con la presente dichiarazione saranno raccolti presso la S.C. Gestione e Amministrazione Risorse Umane dell'Azienda Sanitaria Locale TO1 e saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento concorsuale per il quale vengono resi ovvero, nel caso di costituzione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto stesso.

\_\_\_\_\_, Il dichiarante \_\_\_\_\_

Allegare copia fotostatica (non autenticata) di un documento di identità.

#### Note per la compilazione

**A)** Qualora l'interessato dichiari il possesso di altri titoli di studio, abilitazioni, etc. dovrà comunque sempre dichiarare data, luogo, ed Istituto di conseguimento.

**B)** Qualora l'interessato dichiari la partecipazione a corsi, convegni, congressi o seminari, dovrà indicare l'oggetto degli stessi, la Società o Ente organizzatore, le date in cui si sono svolti, la durata, e se il dichiarante vi ha partecipato in qualità di Uditore o Relatore e se era previsto un esame finale.

**C)** Qualora l'interessato dichiari di aver prestato o di prestare servizio presso pubbliche amministrazioni, presso Case di cura convenzionate o accreditate o presso privati, dovrà indicare: la qualifica rivestita, il periodo in cui ha prestato servizio (indicare la data di inizio ed eventuale fine servizio), le eventuali interruzioni (aspettative, congedi, ecc.) con indicazione dei periodi, la tipologia di rapporto di lavoro (libero-professionale, convenzionato, collaborazione coordinata e continuativa o dipendente; in quest'ultimo caso indicare se si tratta di rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, a tempo pieno o a part-time). Qualora il servizio sia prestato presso Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale, indicare se ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, deve essere precisata la misura della riduzione del punteggio.

**D)** Qualora l'interessato dichiari lo svolgimento di attività di docenza, dovrà indicare: il titolo del corso, la Società o Ente organizzatore, le date in cui è stata svolta l'attività di docenza, il numero di ore di docenza svolte.