

Azienda sanitaria locale 'NO'

AVVISO PER TITOLI E COLLOQUIO COLLABORATORE PROF. SANITARIO/ASSISTENTE SANITARIA CAT. D

E' indetto avviso pubblico per titoli e colloquio per la costituzione di n. 1 rapporto di lavoro a tempo determinato di: **COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO/ASSISTENTE SANITARIO (CAT. "D") (cod. 50/2017)**

Fermo restando il possesso dei requisiti generali, i requisiti specifici richiesti dalla normativa vigente sono i seguenti:

1) Diploma universitario di Assistente Sanitario, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30/12/1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, ovvero i diplomi e attestati conseguiti in base al precedente ordinamento, riconosciuti equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici;

2) iscrizione all'Albo Professionale dell'ordine degli assistenti sanitari, attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del bando.

Il rapporto di lavoro a tempo determinato conferito sarà assegnato secondo l'ordine della graduatoria formulata con i criteri e le modalità previste dalla vigente normativa.

Il rapporto di lavoro a tempo determinato conferito sarà assegnato secondo l'ordine della graduatoria formulata con i criteri e le modalità previste dal D.P.R. 483/1997.

Il candidato, collocato in graduatoria, che rinunci ad un conferimento oppure non assuma servizio entro 15 giorni dalla data di comunicazione del conferimento, si intende rinunciatario anche nei confronti dei conferimenti futuri.

La domanda, redatta in carta semplice, contenente le dichiarazioni previste dall'art. 3 del D.P.R. 483/1997, corredata dalla documentazione comprovante il possesso dei requisiti specifici prescritti nonché dagli ulteriori titoli che i candidati intendano produrre nel loro interesse, ivi compreso un curriculum formativo e professionale (redatto in carta semplice, datato e firmato) ed un elenco in triplice copia di quanto presentato **dovrà pervenire all'A.S.L. "NO" – viale Roma, 7 - 28100 NOVARA, entro e non oltre le ore 12.00 del quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte.**

La domanda potrà essere prodotta entro il termine di scadenza con una delle seguenti modalità:

o lettera raccomandata A/R;

o direttamente presso l'ufficio protocollo dell'ASL NO (Viale Roma 7 – 1° piano Palazzina C – Novara) in orario d'ufficio (dal lunedì al venerdì dalle ore 08.10 alle ore 16.00).

Alle domande presentate personalmente all'ufficio protocollo non verrà fatta alcuna verifica sulla correttezza e completezza della documentazione.

o invio telematico da un indirizzo di posta elettronica certificata alla seguente posta elettronica certificata: protocollogenerale@pec.asl.novara.it

La dimensione massima della e-mail da inviare non potrà superare i 10 MB. Si fa presente che è possibile inviare file compressi (.zip .rar)

Il canale della posta elettronica certificata potrà essere, discrezionalmente, utilizzato dall'Azienda nel prosieguo delle proprie comunicazioni relative all'iter procedurale.

Alle domande presentate personalmente all'ufficio protocollo non verrà fatta alcuna verifica sulla correttezza e completezza della documentazione.

Per le domande inoltrate a mezzo del servizio postale, la data di spedizione è comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda di partecipazione, redatta secondo lo schema esemplificativo allegato al presente bando (Allegato 1), i candidati, devono allegare:

1. un curriculum formativo e professionale, in carta semplice, datato e firmato. Il curriculum ha unicamente uno scopo informativo.

2.) Dichiarazione sostitutiva ex artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. relativa ai servizi prestati, da rendersi esclusivamente utilizzando il modello allegato al presente bando (Allegato 2).

- I servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni o strutture sanitarie private accreditate dovranno essere indicati specificando per ciascuno:

- l'Amministrazione presso la quale si è prestato servizio (indicare se Ente pubblico, ente privato accreditato o ente privato)

- il profilo professionale;

- la data (gg/mese/anno) di inizio e fine di ogni periodo di servizio;

- l'orario di servizio settimanale;

- la tipologia di rapporto di lavoro [indicare se rapporto di dipendenza (a tempo determinato o indeterminato), co.co.co., collaborazioni professionali, lavoro somministrato, ecc.];

- le eventuali cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;

- gli eventuali periodi di aspettativa senza assegni fruiti per i quali non si è maturata anzianità di servizio;

- se ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979 (mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni)

3.) Eventuali certificati attestanti il servizio prestato presso Case di Cura private. Tali certificati devono espressamente contenere l'indicazione della convenzione o accreditamento con il S.S.N.; in assenza di tale indicazione il servizio non sarà considerato, qualora di dipendenza, nei titoli di carriera ma nel curriculum formativo e professionale;

4.) eventuali pubblicazioni edite a stampa, in copia autenticata ai sensi di legge e materialmente prodotte.

5.) dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 DPR 445/2000 relativa ad ulteriori titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria da rendersi esclusivamente utilizzando il modello allegato al presente bando (allegato 3).

6.) Dichiarazione sostitutiva ex artt. 46 e 47 DPR 445/2000, relativa ai Titoli di precedenza e preferenza nella graduatoria, da rendersi esclusivamente utilizzando il modello allegato al presente bando (Allegato 3).

7.) Elenco, datato e firmato in triplice copia, dei documenti presentati. I documenti devono essere allegati in unico esemplare; solo l'elenco va presentato in triplice copia. L'eventuale riserva di invio dei documenti successivamente alla scadenza del bando è priva di effetto.

CRITERI DI VALUTAZIONE DEI CANDIDATI

La Commissione, dispone complessivamente di 100 punti, ripartiti come segue:

a) 40 punti per i titoli

b) 60 punti per il colloquio stabilito dalla Commissione

I punti per la valutazione dei titoli sono così ripartiti:

a) titoli di carriera: 20;

b) titoli accademici e di studio: 5;

c) pubblicazioni e titoli scientifici: 4;

d) curriculum formativo e professionale: 11.

Per i punteggi per la valutazione dei suddetti titoli si fa riferimento a quanto previsto dal DPR 220/2001.

Il colloquio stabilito dalla Commissione è finalizzato alla valutazione delle competenze professionali richieste, al fine di verificarne la rispondenza alle esigenze aziendali. Il colloquio si intende superato se il candidato ottiene una valutazione di almeno 42/60.

Il giudizio complessivo su ogni candidato è determinato dagli esiti della valutazione dei titoli e del colloquio. La valutazione del singolo candidato, qualora ritenuto non idoneo alle esigenze aziendali dovrà concludersi con un motivato giudizio.

La Commissione, al termine del colloquio, in presenza di più domande di partecipazione formulerà, sulla scorta della valutazione complessiva riportata da ogni singolo candidato, una graduatoria. E' escluso dalla graduatoria il candidato che abbia conseguito, nel colloquio, una valutazione inferiore a 42/60.

La graduatoria è approvata con provvedimento del Direttore della s.c. Servizio Gestione del Personale e Valorizzazione delle Risorse Umane dell'Azienda Sanitaria Locale "NO". Il provvedimento di approvazione della graduatoria sarà pubblicato ai sensi di legge nell'albo aziendale e sul sito internet: www.asl.novara.it - sezione concorsi - e tale pubblicazione ha valore di notifica per tutti gli interessati.

La graduatoria approvata è immediatamente efficace.

Non saranno prese in considerazione autocertificazioni non redatte in conformità alle prescrizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000.

La domanda di partecipazione e le dichiarazioni sostitutive di cui agli uniti moduli non necessitano dell'autenticazione se sottoscritte dall'interessato avanti al funzionario addetto, ovvero inviate unitamente a fotocopia di documento di riconoscimento.

Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie previste dalla certificazione che sostituiscono. Inoltre, devono essere redatte con specifica indicazione di riferimenti di legge e della conseguente assunzione di responsabilità. Non saranno prese in considerazione dichiarazioni rese in forma generica.

L'Amministrazione, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, procederà ad idonei controlli e, fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, qualora dal controllo medesimo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il provvedimento di decadenza sarà adottato con deliberazione di questa Azienda Sanitaria.

L'Azienda garantisce parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e per il trattamento sul lavoro, ai sensi del D.Lgs.vo n. 165/2001.

L'Amministrazione di riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso o di non dar corso all'utilizzo della graduatoria che ne scaturirà, a suo insindacabile giudizio, senza che gli aspiranti possano vantare pretese o diritti di sorta.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla s.c. "Servizio gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane" – A.S.L. "NO" – viale Roma, 7 - 28100 NOVARA (tel. 0321/374.547-593).

IL DIRETTORE
S.C. "SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE
E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE"
Gianluca Corona

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE "NO"
Viale Roma, 7 - 28100 NOVARA

(cod. 50/2017)

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome e nome; per le donne coniugate indicare il cognome da nubile), nato a _____ (____) il ____/____/____, residente a _____ (____) in via _____ n. _____, chiede di essere ammesso/a all'avviso per titoli e colloquio per la copertura di n. 1 posto di collaboratore professionale sanitario – assistente sanitario (cat. "D").

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana;
ovvero
- di essere in possesso della cittadinanza del seguente paese membro dell'Unione Europea: _____;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
ovvero
- di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo _____
- di non aver riportato condanne penali (anche sotto forma di patteggiamento) definitive

per i seguenti reati: peculato (c.p. art. 314, 1° comma), concussione (c.p. art. 317) e

corruzione (c.p. art. 318, art. 319, art. 319 ter e art. 320); nonché condanne per reati previsti

dalla legislazione "antimafia";

e/o

- di non aver procedimenti penali in corso per i reati precedentemente indicati;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
- di essere in possesso del Diploma di _____, conseguito il _____ presso _____;
- di prestare servizio presso _____, con la qualifica di _____, a far data dal _____;
- di essere iscritto all'ordine professionale dei _____ di _____ dal _____ al n° _____
- di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: _____;
- che il recapito a cui deve essere inviata ogni comunicazione relativa al concorso è il seguente:

_____ (indicare:
cognome, nome, indirizzo, CAP, città, provincia e numero telefonico)

- di manifestare il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) per gli adempimenti connessi alla presente procedura nonché all'eventuale procedura di assunzione.

o di essere consapevole che la presente dichiarazione sostitutiva è, per legge, considerata come resa ad un “pubblico ufficiale” (anche se non è stata resa alla presenza del dipendente addetto a riceverla). Conseguentemente, ove essa risultasse in tutto - od in parte - inveritiera, il dichiarante incorre nel reato di cui all’art.483 del codice penale, reato punito con la pena della reclusione sino a due anni.

Allega alla presente copia fotostatica di documento di identità in corso di validità.

Data _____ firma _____

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate.

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 29.12.2000, n. 445
(riguardante i servizi prestati)**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti
falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,
dichiara di aver prestato o di prestare servizi presso i seguenti Enti:

Ente	dal (gg/m/a)	al (gg/m/a)	Qualifica	Tipo di rapporto *

* indicare se a tempo indeterminato, incaricato, supplente o libero professionista/consulente con indicazione dell'impegno orario settimanale ed in caso di risoluzione del rapporto di lavoro, indicarne le cause.

Per i servizi svolti, dichiara che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 in presenza delle quali il punteggio deve essere ridotto e dichiara altresì:

odi non aver fruito di aspettativa senza assegni.

odi aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

dal _____ al _____

Il Dichiarante

Data _____ Firma _____

Sottoscrizione non in presenza del dipendente addetto

Allego fotocopia non autenticata fronte-retro del seguente documento di identità:

Tipo: _____ rilasciato il _____ da _____

Sottoscrizione in presenza del dipendente addetto, previa esibizione di documento di identità

Per sottoscrizione apposta in mia presenza

Novara, _____ Il dipendente addetto _____

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 29.12.2000, n. 445**

(riguardante stati, qualità personali o fatti comprovati con la sola dichiarazione)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione
o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n.
445/2000, dichiara quanto segue:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Il Dichiarante

Data _____ Firma _____

Sottoscrizione non in presenza del dipendente addetto (art. 38, D.P.R. n. 445/2000)

Allego fotocopia non autenticata fronte-retro del seguente documento di identità:

Tipo: _____ rilasciato il _____ da _____

**Sottoscrizione in presenza del dipendente addetto, previa esibizione di documento di
identità (art. 38, D.P.R. n. 445/2000)**

Per sottoscrizione apposta in mia presenza

Novara, _____ Il dipendente addetto _____