

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MOBILITA' INTERNA (ORDINARIA) VOLONTARIA, PER SOLI TITOLI, PROFILO PROFESSIONALE OPERATORE SOCIO SANITARIO, CATEGORIA B – LIVELLO ECONOMICO BS. PER IL TRASFERIMENTO INTERNO PRESSO ALTRA U.O.C./U.O.S.D./U.O.S DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI APPARTENENZA.

(DA REDIGERE SU CARTA SEMPLICE E DA COMPILARE IN MODO LEGGIBILE, PREFERIBILMENTE DATILOSCRITTA).

Alla Dirigente Professioni Sanitarie
Azienda USL di Teramo
Dr.ssa Giovanna M. Pace
Piazza Italia n. 6
64100 TERAMO

Io sottoscritt _____ chiedo di essere ammesso a partecipare alla mobilità (interna) ordinaria volontaria, per soli titoli, per Operatore Socio Sanitario, categoria B – livello economico BS presso _____ (indicare UNA SOLA sede di servizio – U.O.C- U.O.S.D U.O.S- per cui si chiede il trasferimento)

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, anche agli effetti previsti dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

- di chiamarsi _____;
- di essere nat_ a _____ (prov. di _____) il _____ e di risiedere a _____, Via _____, n. _____, CAP. _____;
- di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso l'Azienda USL di Teramo dal _____ nel profilo professionale di _____ - cat. _____, Presidio Ospedaliero di _____ U.O. di _____;
- di non essere stato dichiarato dal Collegio Medico delle UU.SS.LL. o dal medico competente aziendale, fisicamente "non idoneo" ovvero "idoneo con prescrizioni particolari" alle mansioni del profilo oggetto della mobilità o per i quali, comunque risultino formalmente delle limitazioni al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo stesso in termini di esonero parziale o totale da turni, servizi notturni e festivi, pronta disponibilità, attività di reparto, attività di sala operatoria, etc.;
- di essere / di non essere beneficiario di norme in favore di portatori di handicap ai sensi della L.104/1992 e s.m.i.;
- di appartenere / non appartenere a categorie protette ai sensi della L.68/1999 e s.m.i.;
- di non avere subito nell'ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso condanne penali o provvedimenti disciplinari superiori alla censura;
- di avere prestato i servizi di cui all'allegata documentazione probatoria;
- di indicare la seguente e-mail aziendale ove ricevere ogni comunicazione relativa al presente avviso di mobilità: _____@aslteramo.it e il seguente recapito telefonico: Cell. _____;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

Allega la seguente documentazione:

- Curriculum formativo e professionale datato, firmato e redatto, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. dal quale si evincono: titoli di studio, esperienza professionale, attività didattica, formazione professionale, ect;
- Copia del documento di riconoscimento;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, datata, firmata e redatta, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione datata, firmata e redatta, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.;
- N. _____ pubblicazioni, abstract, poster, ect

Data _____

Firma _____

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ con riferimento all'istanza di partecipazione alla mobilità interna (ordinaria) volontaria, per soli titoli, per Operatore Socio Sanitario, categoria B – livello economico BS, presso _____ (indicare UNA SOLA sede di servizio – U.O.C.-U.O.S.D.U.O.S - per cui si chiede il trasferimento), ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.; informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

D I C H I A R A

- di non essere stato dichiarato dal Collegio Medico delle UU.SS.LL. o dal medico competente aziendale, fisicamente “non idoneo” ovvero “idoneo con prescrizioni particolari” alle mansioni del profilo oggetto della mobilità o per i quali, comunque risultino formalmente delle limitazioni al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo stesso in termini di esonero parziale o totale da turni, servizi notturni e festivi, pronta disponibilità, attività di reparto, attività di sala operatoria, etc;
- di non avere subito nell'ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso condanne penali o provvedimenti disciplinari superiori alla censura;
- di avere prestato i servizi di cui all'allegata documentazione probatoria;
- di avere la seguente situazione familiare e/o sociale:**
 - avere n. ___ figlio/i minorenni/i (indicare cognome, nome e data di nascita);
 - di essere titolare dei benefici di cui alla Legge 104/92 a favore del/della Sig./Sig.ra _____ (indicare cognome, nome, data di nascita e residenza) ovvero a favore del sottoscritto;
- di essere in possesso della qualifica di Operatore Socio Sanitario (**OSS**) conseguita il _____ presso _____;
- di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili:
Attestati di partecipazione a congressi, convegni, aggiornamenti, ecc.... **(Ai fini della valutazione è necessaria una dettagliata descrizione)**
 - denominazione del corso: _____ organizzato da _____ svolto nell/i giorno/i _____ presso _____ - Crediti E.C.M. N. _____;
 - denominazione del corso: _____ organizzato da _____ svolto nell/i giorno/i _____ presso _____ - Crediti E.C.M. N. _____;
- altra idonea documentazione da cui sia possibile dedurre attitudini professionali in relazione alle mansioni da svolgere:
 - di essere in possesso _____
 - componente Gruppo di lavoro finalizzato alla redazione della Procedura/Istruzione Operativa:
Titolo _____ Data redazione _____ U.O. interessata _____
 - componente di Gruppi di lavoro finalizzati alla redazione di procedure operative:
Titolo _____ Data redazione _____ U.O. interessata _____

(luogo e data)

Il dichiarante

N.B. La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Si precisa, inoltre, **che per una corretta e puntuale valutazione dei titoli è consigliabile allegare fotocopia semplice di tutti i titoli che il candidato intende far valere**, corredata da copia del documento di riconoscimento.

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ con riferimento all'istanza di partecipazione alla mobilità interna (ordinaria) volontaria, per soli titoli, per Operatore Socio Sanitario, categoria B – livello economico BS, presso _____ (indicare UNA SOLA sede di servizio – U.O.C.- U.O.S.D U.O.S - per cui si chiede il trasferimento), ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.; informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

D I C H I A R A

- di essere dipendente in servizio a tempo indeterminato presso l'Azienda USL di Teramo - P.O. di _____ U.O. nel profilo di _____ cat. _____, a decorrere dal _____

a tempo pieno a part-time – N. ore settimanali _____;

- di aver prestato i seguenti servizi:

- dal _____ al _____
- in qualità di _____ cat. _____ (ex _____ qualifica funzionale)
- presso _____
 - Ente Pubblico Struttura privata Struttura privata convenz. SSN Altro _____ (da specificare)con la seguente tipologia di contratto:
 - lavoro subordinato libero professionale collaborazione coordinata e continuata
 - agenzia interinale Altro _____ (da specificare)

• N. ore sett.li _____

- dichiara, altresì, che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell' 46 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761.

(in mancanza di uno degli elementi di cui sopra non si procederà all'attribuzione del relativo punteggio)

(DUPLICARE IL RIQUADRO IN CASO DI NECESSITÀ E PER DICHIARARE PERIODI DI SERVIZIO DIFFERENTI)

- di essere l'autore delle le seguenti pubblicazioni:

Titolo del lavoro: _____

Autore/i _____

Riferimento bibliografici: _____

delle pubblicazioni indicate il/la sottoscritto/a deve allegare fotocopia semplice conforme agli originali in suo possesso.

- Altri titoli:

- Dichiara che le seguenti copie sono conformi all'originale:

1) _____;

2) _____;

(luogo e data)

Il dichiarante

N.B. La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata.

Alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica, fronte/retro, di un documento di identità del sottoscrittore.

Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una amministrazione dello Stato.

Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia del documento di identità, il candidato verrà ammesso all'avviso, ma non si procederà alla valutazione dei titoli e/o delle pubblicazioni