

**AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 – Pozzuoli – Napoli – Avviso di Mobilità Regionale per la copertura, a tempo indeterminato, di n. 4 posti di collaboratore professionale tecnico di Radiologia Medica**

In esecuzione della deliberazione n. 1270 del 15/12/2008, ai sensi dell'art. 19 del C.C.N.L. integrativo del C.C.N.L. Comparto Sanità 07/04/99, è indetto avviso di mobilità regionale, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo indeterminato di n. 4 posti di Collaboratore Professionale Tecnico di Radiologia Medica.

**REQUISITI DI AMMISSIONE**

Possono produrre domanda di mobilità i dipendenti in servizio a tempo indeterminato (che abbiano superato il periodo di prova) presso AA.SS.LL. ed Aziende ospedaliere della Regione Campania.

**DOMANDE**

Le domande di partecipazione, redatte in carta semplice, dovranno essere inviate esclusivamente a mezzo raccomandata A.R. alla A.S.L. Napoli 2 – via Corrado Alvaro n. 8 - 80070 Monteruscello - Pozzuoli Napoli - **entro e non oltre il trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.** Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Nella domanda di partecipazione all'avviso di mobilità gli aspiranti dovranno dichiarare:

- 1) Cognome, nome, luogo e data di nascita, residenza;
- 2) L'inquadramento nel relativo profilo professionale;
- 3) Di aver superato il periodo di prova;
- 4) L'esatta denominazione della struttura sanitaria presso la quale prestano servizio;
- 5) Il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni comunicazione inerente il presente avviso.

L'amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o, comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito forza maggiore. La domanda deve recare la firma manoscritta in calce alla domanda. La mancata sottoscrizione della domanda comporta l'esclusione dall'avviso.

Alla domanda devono essere allegati:

- Certificazioni o dichiarazioni sostitutive, rese ai sensi del D.P.R. 445/2000, relative ai servizi prestati;
- ogni altro documento utile ai fini della predisposizione della graduatoria, reso mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R.445/2000;
- copia di valido documento di identità;
- curriculum formativo e professionale datato e firmato.

Alla domanda dovrà essere altresì allegato un elenco dei documenti e titoli presentati, redatto in carta libera, datato e firmato. In caso di pluralità di domande si procederà alla formulazione di graduatorie subordinate ad una valutazione dei curriculum nonché dei risultati dei colloqui. Detta graduatoria avrà una validità di 24 mesi.

**VALUTAZIONE DEI TITOLI**

La commissione di valutazione, avrà a disposizione 40 punti così ripartiti:

- 20 punti per i titoli (5 punti per i titoli di carriera, 4 punti per i titoli accademici e di studio, 4 punti per pubblicazioni e titoli scientifici e 7 punti per curriculum formativo e professionale);
- 20 punti per il colloquio volto ad accertare il possesso delle capacità professionali.

L'immissione in servizio dei vincitori è subordinata alla verifica della compatibilità di bilancio rispetto ai vincoli posti dalla D.G.R.C.514/07, dal piano di rientro con D.G.R.C. n.460/07 e dalla D.G.R.C. n.1590/08. I vincitori dovranno sottoscrivere dichiarazione d'impegno ad accettare qualsiasi sede lavorativa, comprese le isole di Ischia e Procida, per anni cinque, senza possibilità di mobilità interna. L'Amministrazione si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente avviso qualora se ne presentasse la necessità e senza che i candidati possano avanzare diritti di sorta.

Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi alla U.O.C. Amministrazione delle Risorse Umane – Settore Concorsi – tel.081/8552524/25. E' possibile visionare e scaricare il presente avviso dal sito dell'ASL all'indirizzo internet: [www.asl2.napoli.it](http://www.asl2.napoli.it)

Il Direttore Generale  
*dott. Raffaele Ateniese*

**ALLEGATI**

AL DIRETTORE GENERALE  
DELL' A.S.L. NAPOLI 2  
via Corrado Alvaro, 8  
80070 Monteruscello Pozzuoli

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ a partecipare all'Avviso di Mobilità Regionale, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo indeterminato di n. 4 posti di Collaboratore professionale tecnico di Radiologia Medica.

A tal fine dichiara, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.445/2000 e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci:

a) di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere in \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_;

b) di essere dipendente, a tempo indeterminato, presso:

c) di essere inquadrat\_ nel profilo prof.le di \_\_\_\_\_

d) di aver superato il periodo di prova;

e) di dare il consenso al trattamento dei dati personali (L.675/96) per le finalità inerenti la gestione della procedura di mobilità;

f) il domicilio presso il quale deve essere fatta, ad ogni effetto, ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è il seguente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

\_\_ I \_\_ sottoscritt\_ allega alla presente elenco dei documenti e titoli presentati, nonché curriculum formativo e professionale, datati e firmati.

\_\_ I \_\_ sottoscritt\_ si impegna ad accettare qualsiasi sede lavorativa, comprese le isole di Ischia e Procida, per anni cinque, senza possibilità di mobilità interna.

Allega, inoltre, copia del documento di riconoscimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

Ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 445/2000

da utilizzare ad es. per l'autocertificazione di titoli di studio, di specializzazioni, corsi, convegni, seminari, stato di famiglia, appartenenza ad ordini professionali

\_\_ I \_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

I seguenti stati, fatti e qualità personali:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000

da utilizzare ad es. per l'autentica di fotocopie e per l'autocertificazione di servizi prestati

\_\_ I \_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

I seguenti stati e fatti:

\_\_\_\_\_

ALLEGA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_