

**Regione Campania****AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD**

costituita ex art. 2, comma 1, lettera a) della L.R. n. 16 del 28 novembre 2008

sede: Via C. Alvaro, 8 – 80072 Monterusciello - Pozzuoli (NA)

Cod. Fisc. 96024110635 – Part. IVA 06321661214

**AVVISO DI MOBILITA'**

In esecuzione delle delibere n. 137 del 03.03.2011 e n. 255 del 24/03/2011, è indetto avviso di Mobilità Intraregionale per titoli e colloquio per la copertura a tempo indeterminato, di:

N. 50 posti di Collaboratore Professionale Sanitario - INFERMIERE - Cat. D

N.10 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – INFERMIERE PEDIATRICO – Cat. D

N. 2 posti di Collaboratore Professionale Sanitario - OSTETRICA - Cat. D

**REQUISITI DI AMMISSIONE**

Possono produrre domanda di mobilità solo coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti:

1. Essere esclusivamente dipendenti in servizio di ruolo a tempo indeterminato presso Aziende Ospedaliere o AA.SS.LL. del Servizio Sanitario della Regione Campania nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Cat. D o nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Pediatrico Cat. D o nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica Cat. D ;
2. Essere in possesso della idoneità fisica al posto da ricoprire senza alcuna limitazione;
3. Di non aver avuto e/o di non avere procedimenti penali in corso;
4. Di non aver subito nell' ultimo biennio, antecedente alla data di pubblicazione del presente bando, sanzioni disciplinari in corso o valutazione negativa;

I requisiti di ammissione devono essere posseduti alla data di scadenza del presente bando valida anche per la presentazione delle domande di partecipazione all' avviso.

**DOMANDA**

La domanda di ammissione all'avviso, redatta in carta semplice, dovrà riportare tutte le dichiarazioni previste dallo schema di domanda allegato al presente bando ed essere sottoscritta dal candidato. **(allegato A).**

La mancata sottoscrizione comporterà la esclusione dall' avviso.

La firma in calce alla domanda non richiede l'autenticazione.

Alla domanda va allegata copia del documento di identità valido.

Nella domanda di ammissione il candidato dovrà dichiarare, pena l'esclusione, ai sensi dell' art. 46 del D.P.R.445/2000 e consapevole che in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, quanto segue:

- 1) il cognome e il nome;
- 2) la data, il luogo di nascita e la residenza;
- 3) l'inquadramento nel profilo professionale di collaboratore professionale sanitario CAT. D oggetto dell'avviso;
- 4) di aver superato il periodo di prova;
- 5) l'esatta denominazione della struttura sanitaria di appartenenza e del reparto di servizio;
- 6) i titoli che conferiscono il diritto di preferenza o precedenza nella nomina previsti dall' art. 5 del D.P.R. 487/94 e successive modifiche ed integrazioni;
- 7) l'idoneità fisica al posto da ricoprire senza alcuna limitazione;

- 8) di non aver avuto e di non avere procedimenti penali in corso;
- 9) assenza di sanzioni disciplinari nell'ultimo biennio e/o assenza di procedimenti disciplinari in corso;
- 10) l'autorizzazione, ai sensi e per gli effetti del Decreto Lgs 196/03, al trattamento dei dati personali;
- 11) di accettare tutte le condizioni previste dal bando;
- 12) il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza indicata al punto 2);

L'amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti 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 fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

### **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

Alla domanda di partecipazione all' avviso i candidati devono allegare:

- a) certificato, rilasciato dalla Azienda di appartenenza, attestante il servizio prestato con rapporto di lavoro a tempo indeterminato nel profilo professionale di collaboratore professionale sanitario – Cat.D - oggetto dell'avviso;
- b) certificato di idoneità fisica rilasciata dal Medico Competente dell'Azienda di appartenenza;
- c) tutte le certificazioni relative ai titoli che i candidati ritengano opportuno presentare nel proprio interesse agli effetti della valutazione di merito;
- d) curriculum formativo e professionale redatto in carta semplice, datato e firmato, delle attività professionali e di studio idonee ad evidenziare ulteriormente il livello di qualificazione professionale acquisito. Dette attività devono essere formalmente documentate;
- e) le pubblicazioni, che devono essere edite a stampa, dovranno essere presentate in originale o in fotocopia autocertificate;

Tutti i titoli possono essere prodotti in originale o in copia autenticata, ovvero in copia dichiarata conforme all'originale mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi dell' art .47 del D.P.R. 445/2000, conformemente all'allegato **schema B**, corredato di fotocopia di un valido documento di identità.

E' possibile, altresì, produrre in luogo del titolo, una dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell' art. 46 del citato decreto, sempre secondo l'allegato **schema C**, corredato di fotocopia di un valido documento di identità;

Tutte le dichiarazioni, rese ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, per poter essere prese in esame, devono contenere tutti gli elementi e le informazioni previste nella certificazione originale rilasciata dall'autorità competente.

Per il personale dipendente dalle Aziende Ospedaliere o Sanitarie Locali, nella certificazione o dichiarazione relativa ai servizi deve essere attestato se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.79 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, l'attestazione deve precisare la misura di riduzione del punteggio.

Non è ammesso alcun riferimento a documentazione esibita per la partecipazione a precedenti avvisi o concorsi o comunque esistente agli atti di questa Amministrazione.

Alla domanda deve essere unito un elenco, in carta semplice, dei documenti e dei titoli presentati.

La domanda di partecipazione all'avviso, redatta in carta semplice ed alla quale va acclusa la documentazione, dovrà essere inviata a mezzo raccomandata **A.R.** alla U.O.C. Gestione Risorse Umane – Ufficio Concorsi - della Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord, via Corrado Alvaro, 8 - 80078 – POZZUOLI (NA) entro le ore 12,00 del ventesimo giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato alla stessa ora del giorno successivo non festivo.

La domanda e la documentazione ad essa acclusa si considera, altresì, prodotta in tempo utile qualora risulti spedita, con esclusione di qualsiasi altro mezzo, entro il termine sopra stabilito. All'uopo farà fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

Non saranno ammessi all'avviso quei candidati le cui domande verranno spedite, per qualsiasi motivo, non esclusi la forza maggiore o il fatto di terzi, dopo il termine suddetto.

**Sul plico, obbligatoriamente, il candidato dovrà indicare : il cognome, il nome, il domicilio e l'indicazione del profilo professionale a cui partecipa**

Dal ventesimo giorno dalla data di scadenza del presente avviso sarà pubblicato sul sito web aziendale l'elenco degli ammessi, nonché la data, l'ora ed il luogo in cui dovranno sostenere il colloquio.

**VALUTAZIONE DEI TITOLI**

La Commissione disporrà di 60 punti così ripartiti:

30 punti per i titoli:

- titoli di carriera: max punti 15;
- titoli accademici e di studio: max punti 5;
- pubblicazioni e titoli scientifici: max punti 5;
- curriculum formativo professionale: max punti 5;

30 punti per il colloquio attinente al profilo specifico del posto di che trattasi, ovvero le materie oggetto del colloquio verteranno sul:

1. Decreto istitutivo del profilo professionale del posto messo a concorso;
2. Ordinamento didattico
3. Codice deontologico.

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In conformità a quanto previsto dal D.lg.vo 196/03 i dati personali forniti dai candidati per la domanda di partecipazione all'avviso saranno trattati ai fini della procedura concorsuale e dell'eventuale procedimento di assunzione.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, ovvero l'esecutività di tutto o parte di esso, a suo insindacabile giudizio, senza che i concorrenti e/o i graduati possano accampare diritti e/o interessi di sorta.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi, alla U.O.C. Gestione Risorse Umane – Ufficio Concorsi - della Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord, via Padre Mario Vergara, 80027 Frattamaggiore (Na).

Il bando sarà inserito sul sito web aziendale <http://www.napoli2nord.it> dopo la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania

Pozzuoli li

IL DIRETTORE SANITARIO p.t.  
( Dott. Carlo BRUNO )

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
ASL NA 2 NORD  
(Avv. Francesco ROCCA )

**ALLEGATO A**  
**FAC SIMILE DI DOMANDA**

Al Commissario Straordinario  
Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord  
Via Corrado Alvaro 8  
80078 POZZUOLI

   | **sottoscritt** | \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare all'avviso di mobilità intraregionale, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo indeterminato a n. \_\_\_\_\_ posti di Collaboratore Professionale Sanitario - \_\_\_\_\_ Cat. D.

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, consapevole che in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali, di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000:

- di essere nat.    a ..... il ..... e di risiedere a .....
- Via.....;
- di essere inquadrato nel profilo professionale di.....;
- di aver superato il periodo di prova;
- di essere dipendente a tempo indeterminato presso .....
- di essere in possesso dei seguenti titoli che conferiscono il diritto di precedenza o      preferenza nella nomina:..... ;
- di essere in possesso della idoneità fisica al posto da ricoprire senza alcuna limitazione;
- di non aver avuto e di non avere procedimenti penali in corso;
- di non aver subito nell'ultimo biennio, antecedente alla data di pubblicazione del presente bando, sanzioni disciplinari definitive e di non aver procedimenti disciplinari in corso;
- di dare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03, ai fini della procedura dell'avviso;
- di accettare tutte le condizioni previste dal bando;
- di eleggere il seguente domicilio presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa all'avviso:

Via..... C.A.P..... Citta'.....  
Tel.....

(data) .....

.....  
(firma non autenticata)

## ALLEGATO B

### DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

.1.. sottoscritt. ....  
nat. a.....il.....Codice Fiscale ..... attualmente  
residente a .....provincia..... indirizzo  
..... c.a.p. ....  
Tel .....

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara la conformità all'originale dei seguenti documenti:

- 1) .....
- 2).....
- 3) .....

luogo e data .....

il dichiarante

Il presente modulo deve essere compilato con chiarezza e precisione  
(Allegare fotocopia di un documento di identità personale)

**ALLEGATO C**

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

**(art. 46 del D.P.R. 445/2000)**

.1.. sottoscritt. ....  
nat. a .....il.....Codice Fiscale .....  
attualmente residente a .....provincia.....  
indirizzo .....c.a.p. ....  
Tel .....

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara:

.....  
.....  
.....  
.....

luogo e data .....

il dichiarante

\_\_\_\_\_

Il presente modulo deve essere compilato con chiarezza e precisione  
(Allegare fotocopia di un documento di identità personale)