

Enti Pubblici

ASL

FONDAZIONE PTV - POLICLINICO TOR VERGATA

Avviso

Avviso Pubblico di Mobilità Volontaria Nazionale, per titoli e colloquio, tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, per la copertura a tempo indeterminato di n. 14 posti di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Cat. D, da assegnare al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) del Policlinico Tor Vergata.



FONDAZIONE PTV

Policlinico Tor Vergata

Avviso Pubblico di Mobilità Volontaria Nazionale, per titoli e colloquio, tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, per la copertura a tempo indeterminato di n. 14 posti di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Cat. D, da assegnare al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) del Policlinico Tor Vergata

In esecuzione della deliberazione n. **412** dell'**08/07/2016** è indetto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 30 del D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i., un avviso pubblico di mobilità volontaria nazionale tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo indeterminato di n. 14 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere (cat. D), da assegnare al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) del Policlinico Tor Vergata.

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare alla presente procedura di mobilità coloro che siano in possesso, alla scadenza del presente avviso, dei seguenti requisiti:

- essere dipendente in servizio a tempo indeterminato, con avvenuto superamento del periodo di prova, presso Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, con inquadramento nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere (cat. D);
- comprovata esperienza lavorativa di almeno 6 mesi presso servizi psichiatrici ovvero, in alternativa, possesso di titoli di specializzazione post-laurea inerenti l'assistenza psichiatrica;
- iscrizione all'Albo professionale. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio;
- essere in possesso dell'idoneità fisica all'esercizio delle mansioni proprie del profilo di appartenenza senza limitazioni/prescrizioni e non avere in pendenza istanze tendenti ad ottenere un'inidoneità, seppur parziale;
- non aver riportato condanne penali e non avere procedimenti penali in corso;
- non aver subito, nel biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso, sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura scritta e non avere procedimenti disciplinari in corso;
- dichiarazione attestante l'assenso preventivo alla mobilità espresso dall'Azienda di provenienza.

Tutti i suddetti requisiti devono essere posseduti, a pena di esclusione, alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di partecipazione e permanere alla data dell'effettivo trasferimento.

La carenza anche di un solo requisito alla data di scadenza dell'avviso e/o alla data dell'effettivo trasferimento, comporteranno, rispettivamente, l'esclusione dalla selezione ovvero la decadenza dal diritto all'assunzione per mobilità.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Nella domanda di partecipazione all'avviso, redatta **utilizzando esclusivamente l'allegato A) al presente avviso** e firmata in calce senza necessità di alcuna autentica (art. 39 del D.P.R. 445/00 e s.m.i.), i candidati dovranno dichiarare, sotto la propria responsabilità e consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- il cognome e nome, la data e il luogo di nascita, il codice fiscale e la residenza;
- il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- l'eventuale sussistenza o insussistenza di condanne penali riportate, ovvero di carichi penali pendenti. L'omessa dichiarazione, nel caso in cui sussistano effettivamente condanne penali a carico del candidato, comporterà l'esclusione dalla procedura in oggetto;
- la titolarità del rapporto di lavoro subordinato di pubblico impiego a tempo indeterminato e l'Azienda e/o Ente del S.S.N. di appartenenza, con indirizzo della sede legale;



FONDAZIONE PTV

Policlino Tor Vergata

- l'inquadramento nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere (cat. D);
- l'avvenuto superamento del periodo di prova;
- di non avere subito, nell'ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso, sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura scritta;
- il possesso della idoneità fisica di cui ai requisiti per l'ammissione ovvero l'eventuale sussistenza di limitazioni/prescrizioni all'esercizio delle mansioni connesse alle funzioni di appartenenza;
- di non aver superato il periodo di comporta e l'insussistenza di cause ostative al mantenimento del rapporto di pubblico impiego;
- il possesso dell'assenso preventivo alla mobilità espresso dall'Azienda di provenienza (espresso mediante dichiarazione da allegare alla domanda di partecipazione);
- l'eventuale posizione di comando o fuori ruolo presso l'Azienda/Ente del S.S.N. di provenienza;
- l'eventuale collocamento in distacco o aspettativa sindacale a tempo pieno o parziale;
- l'eventuale godimento dei benefici ex art. 33 Legge 104/92 e s.m.i.; i beneficiari della Legge 5.2.92 n. 104, devono specificare, qualora lo ritengano indispensabile, di volersi avvalere dell'ausilio eventualmente necessario in relazione al proprio handicap
- l'accettazione incondizionata dell'assegnazione presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) del Policlino Tor Vergata, senza esclusione di alcun profilo orario;
- il consenso al trattamento dei dati personali per uso amministrativo con l'eventuale indicazione dei dati che non ritenga doversi pubblicizzare (D.Lgs. n. 196/03 e s.m.i.);
- il domicilio presso il quale deve essere fatta all'aspirante ogni necessaria comunicazione nonché eventuale recapito telefonico e preferibilmente l'indirizzo di posta elettronica. In caso di mancata indicazione vale la residenza di cui al punto 1. che precede;
- di accettare, senza riserva, tutte le prescrizioni e precisazioni contenute nel presente avviso e tutte le norme in esso richiamate;
- la dichiarazione di impegno, qualora risultassero vincitori dell'avviso di mobilità, a non chiedere il trasferimento presso altra Azienda, per un periodo di due anni a decorrere dalla data di effettiva immissione in servizio presso questa Fondazione, a pena di esclusione dalla procedura in questione.

La domanda dovrà essere datata e firmata dal candidato. Tale sottoscrizione non necessita di autentica, ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. La mancata sottoscrizione della domanda costituisce motivo di esclusione dall'avviso.

Gli aspiranti che, invitati, ove occorra, a regolarizzare formalmente la domanda di partecipazione all'avviso di mobilità, non ottemperino a quanto richiesto nei tempi e nei modi indicati dall'Amministrazione, saranno esclusi dalla procedura.

In caso di accertamento di indicazioni non rispondenti a veridicità, la rettifica non sarà consentita e il provvedimento favorevole non potrà essere emesso.

Non verranno prese in considerazione eventuali domande di mobilità già agli atti dell'Azienda; pertanto, coloro che avessero già presentato istanza di trasferimento, se interessati alla presente procedura, dovranno ripresentarla nei modi e nei termini di cui al presente avviso.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla Domanda i candidati dovranno **allegare obbligatoriamente**, pena l'esclusione dalla procedura, la seguente documentazione:

- **Scheda 1** (allegato B al presente Avviso): *Foglio Informativo procedura di mobilità*, debitamente compilato, datato e firmato;
- **Scheda 2** (allegato C al presente Avviso): *Curriculum formativo e professionale* redatto in forma di autocertificazione - DPR 445/00, debitamente compilato, datato e firmato;
- **Copia non autenticata di un documento di identità personale**, leggibile in tutte le sue parti, in corso di validità;
- **dichiarazione attestante il possesso di assenso preventivo alla mobilità rilasciato dall'Azienda di provenienza.**

Si ricorda che, nel rispetto delle prescrizioni contenute nell'art. 15 della Legge n. 183/2011, questo Ente non può richiedere né accettare i certificati rilasciati dalla Pubblica Amministrazione.



FONDAZIONE PTV Policlinico Tor Vergata

I candidati dovranno quindi attestare il possesso di tutti i requisiti specifici di ammissione nonché dei titoli che riterranno utili agli effetti della valutazione di merito per la formulazione della graduatoria, compresi il servizio prestato, le assenze a vario titolo negli ultimi tre anni e i dati stipendiali, compilando ed allegando alla domanda la Scheda 1 e la Scheda 2 (allegati B e C al presente avviso). Le dichiarazioni relative al servizio prestato dovranno essere complete e contenere l'esatta denominazione dell'Ente, la qualifica, la disciplina nella quale i servizi sono stati prestati, il tipo di rapporto di lavoro (tempo indeterminato/determinato, tempo pieno, part-time), le date d'inizio e di conclusione del servizio, nonché le eventuali interruzioni (aspettativa senza assegni, sospensioni, etc.) e, comunque, tutti i dati riportati nel certificato originale e necessari per valutare il servizio stesso.

Il curriculum formativo e professionale non ha valore di autocertificazione se non redatto ai sensi e nelle forme di cui al D.P.R. n. 445/00 e s.m.i., utilizzando l'allegata Scheda 2.

Le pubblicazioni edite a stampa potranno essere oggetto di valutazione solo nel caso in cui vengano effettivamente prodotte in originale o in copia autenticata ovvero in copia dichiarata conforme all'originale, utilizzando l'allegato Schema 2 (artt. 19 e 47 D.P.R. n. 445/00).

Ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/00 è altresì consentito allegare i titoli di studio, di servizio e le pubblicazioni in fotocopia semplice unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà riguardante la conoscenza del fatto che le copie allegate, debitamente numerate e siglate, sono conformi agli originali, con dichiarazione sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

Tutte le precedenze e le preferenze, a parità di punteggio, stabilite dalle vigenti disposizioni di legge saranno osservate purché venga esplicitamente richiesto il beneficio e alla domanda di partecipazione alla selezione siano allegati i necessari documenti probatori (ovvero autocertificarli, se previsto).

L'amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni prodotte. Qualora dal controllo, anche a campione, emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguiti in esito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/00). In caso di falsa dichiarazione si applicano le disposizioni di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.

MODALITA' E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Il termine per la presentazione della domanda di partecipazione scade il 30° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio; qualora detto giorno sia festivo, il termine è automaticamente prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La domanda di partecipazione all'avviso, formulata secondo lo schema di cui all'**Allegato A** in carta semplice e debitamente sottoscritta in originale, corredata della documentazione richiesta, deve essere indirizzata al **Direttore Generale della Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata", Viale Oxford, 81 - 00133 Roma**, ed inoltrata entro le ore 24.00 della data di scadenza del presente avviso, con una delle seguenti modalità:

- **CONSEGNA A MANO**

presso l'Ufficio Protocollo della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 14.00, riportando sul plico contenente la domanda e la documentazione: il cognome, il nome, il domicilio e la dicitura "AVVISO PUBBLICO DI MOBILITA' VOLONTARIA NAZIONALE PER N. 14 POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE (CAT. D)";

- **RACCOMANDATA A/R**

a mezzo del servizio pubblico postale (a tal fine farà fede il timbro apposto dall'ufficio postale accettante), indicando sul plico contenente la domanda e la documentazione: il cognome, il nome, il domicilio e la dicitura "AVVISO PUBBLICO DI MOBILITA' VOLONTARIA NAZIONALE PER N. 14 POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE (CAT. D)";

- **POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA PEC INTESTATA AL CANDIDATO** (non sono ammesse domande inoltrate tramite PEC istituzionali accreditate ad enti pubblici, privati)

La domanda firmata dal candidato, la documentazione allegata, compreso il documento di identità, dovranno essere scansionati e trasmessi, in un unico file formato PDF, all'indirizzo **risorse.umane@ptvonline.postecert.it**, indicando obbligatoriamente nell'oggetto della mail "AVVISO PUBBLICO DI MOBILITA' VOLONTARIA NAZIONALE PER N. 14 POSTI DI C.P.S. INFERMIERE"

La validità della trasmissione e ricezione del messaggio di PEC è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta



FONDAZIONE PTV Policlinico Tor Vergata

di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna fornite dal gestore di posta elettronica ai sensi dell'art. 6 del D.P.R. 268/05.

Il Policlinico non si assume la responsabilità in caso di impossibilità di apertura del file.

Il termine fissato per la presentazione della domanda di partecipazione e dei documenti correlati è perentorio e la eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti.

Il mancato rispetto dei termini sopra descritti determina l'esclusione dalla procedura. Non saranno esaminate le domande trasmesse prima della pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio ovvero trasmesse con qualsiasi forma non prevista dal presente avviso.

Si considerano, comunque, pervenute fuori termine, qualunque ne sia la causa, le domande presentate in tempo utile ma recapitate a questa Fondazione oltre 10 giorni dal termine di scadenza. L'Amministrazione non assume responsabilità per il mancato recapito di domande, comunicazioni e documentazione dipendenti da eventuali disguidi postali, da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente o da mancata o tardiva comunicazione del cambio di indirizzo indicato nella domanda, nonché da altri fatti non imputabili a colpa dell'Amministrazione.

AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI MOBILITA'

L'ammissione e l'eventuale esclusione dei candidati è disposta con provvedimento del Direttore Generale, sulla base delle dichiarazioni contenute nelle domande e della documentazione a queste allegata.

I candidati che non risultino in possesso dei requisiti prescritti ovvero quelli le cui domande risultino non sottoscritte, irregolari ovvero pervenute fuori dei termini di scadenza indicati, saranno esclusi ed agli stessi sarà data comunicazione motivata dell'avvenuta esclusione entro 30 giorni dall'approvazione del relativo provvedimento.

L'ELENCO DEI CANDIDATI AMMESSI alla procedura sarà pubblicato esclusivamente nella relativa sezione dedicata sul sito internet www.ptvonline.it - al link **Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici**. Tale pubblicazione avrà valore di **notifica ad ogni effetto di legge**. I candidati sono invitati a consultare il sito aziendale, dove saranno pubblicate tutte le informazioni relative allo svolgimento della procedura.

COMMISSIONE - VALUTAZIONE DEI CANDIDATI - GRADUATORIA FINALE

Con provvedimento insindacabile del Direttore Generale sarà nominata, alla scadenza del presente avviso, apposita **Commissione** per la valutazione dei candidati, composta secondo quanto di seguito specificato, ovvero loro delegati:

- *Direttore Sanitario, con funzioni di Presidente;*
- *Dipendente titolare di Posizione Organizzativa presso la U.O.C. Direzione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie, in qualità di Componente;*
- *Dipendente titolare di Posizione Organizzativa presso la U.O.C. Direzione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie, in qualità di Componente;*
- *Segretario appartenente al ruolo amministrativo, inquadrato almeno nella cat. C.*

Alla Commissione è riservata la più ampia autonomia discrezionale nella valutazione dei candidati e nella verifica della corrispondenza delle professionalità possedute con le caratteristiche del posto da ricoprire e degli obiettivi da conseguire, nonché del grado di conoscenza delle norme di settore. Tale autonomia è esercitabile anche con la non individuazione di soggetti di gradimento.

La Commissione, in via preliminare, individua le eventuali specifiche esigenze dell'Azienda in relazione ai posti da ricoprire ed elabora i criteri per la valutazione dei titoli presentati dai candidati e del colloquio.

La Commissione ha facoltà di dichiarare, fin dalla prima valutazione dei curricula pervenuti, che nessun candidato risulta essere in possesso dei requisiti specifici richiesti per la copertura del/i posto/i e, pertanto, di non procedere alla valutazione degli stessi, verbalizzando tale determinazione.

La selezione degli aspiranti al trasferimento sarà effettuata **mediante valutazione del Curriculum formativo e professionale e specifico Colloquio**, necessario all'approfondimento delle informazioni riportate sul curriculum e diretto ad accertare, con riferimento alla professionalità oggetto dell'avviso, le specifiche conoscenze e competenze possedute dal candidato.



FONDAZIONE PTV Policlinico Tor Vergata

Alla **valutazione del Curriculum formativo e professionale**, effettuata sulla base dei criteri di seguito descritti, potrà essere attribuito un **massimo di 30 punti** con l'assegnazione di una votazione ricompresa tra 0 e 6 punti per ciascuna tipologia esaminata:

- storico attività di servizio;
- esperienza professionale specifica;
- titoli di studio/professionali/accademici;
- titoli di formazione;
- ulteriori titoli.

Il **colloquio** sarà teso alla verifica delle specifiche conoscenze e competenze possedute e all'indagine degli aspetti motivazionali. Per la valutazione del colloquio la Commissione avrà a disposizione un punteggio massimo di 30 punti.

Saranno esclusi dalla procedura i candidati che abbiano conseguito nel colloquio un punteggio inferiore a 24/30.

Il **DIARIO DEI COLLOQUI** sarà comunicato ai candidati ammessi esclusivamente mediante pubblicazione sul **sito internet www.ptvonline.it al link Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici, non meno di 5 giorni prima della data fissata. Tale pubblicazione avrà valore di notifica ad ogni effetto di legge** e la mancata presentazione, nel giorno e nell'ora stabiliti, comporterà l'esclusione dalla procedura di mobilità, qualunque ne sia la causa.

GRADUATORIA

La Commissione procederà alla formulazione della graduatoria dei candidati idonei al colloquio (minimo 24/30), sommando al punteggio ottenuto quello attribuito al curriculum formativo e professionale.

La graduatoria di merito formulata dalla Commissione verrà approvata, previo riconoscimento della regolarità dei lavori, dal Direttore Generale della Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata".

LA GRADUATORIA DI MERITO verrà pubblicata sul **sito internet www.ptvonline.it al link Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici** e rimarrà **efficace per un periodo di 24 mesi dalla data di approvazione.**

COSTITUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

I vincitori della selezione, nel rispetto dei vincoli di natura economica vigenti, saranno invitati ad assumere servizio entro i termini stabiliti dalla normativa contrattuale e dalle norme regionali nonché a produrre tutti i documenti di rito prescritti ai fini della formale stipula del contratto individuale di lavoro, pena la decadenza dal diritto al trasferimento. Ai fini giuridici ed economici la mobilità decorrerà dalla data dell'effettiva immissione in servizio. L'immissione in servizio resta comunque subordinata alla idoneità fisica accertata dal Medico Competente dell'Azienda.

L'assunzione è intesa con contratto di lavoro a tempo pieno. Il candidato che si trovasse presso l'Amministrazione di provenienza in posizione di part-time potrà sottoscrivere il contratto individuale di lavoro solo per la posizione a tempo pieno. Le ferie/ore maturate e non fruiti presso l'Azienda/Ente di provenienza non saranno riconosciute dalla Fondazione PTV.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E RITIRO DOCUMENTAZIONE

Ai sensi del D.Lgs. 30/6/03 n. 196 e s.m.i., i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso il Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali aziendale, per le finalità di gestione dell'avviso pubblico e saranno trattati presso una banca automatizzata anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione della legge e dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dall'avviso. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle amministrazioni pubbliche direttamente interessate alla posizione giuridico - economica del candidato. L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato decreto tra i quali figura il diritto di accesso ai dati che lo



FONDAZIONE PTV Policlinico Tor Vergata

riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui il diritto di far rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti della Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata" - Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali – U.O.C. Gestione del Personale - Viale Oxford, 81 00133 Roma. Il responsabile del trattamento è il Dirigente della UOC suddetta.

Per quanto non espressamente previsto dal presente bando, si rinvia alla normativa vigente in materia.

Si rende noto che la documentazione presentata potrà essere ritirata - personalmente o da incaricato munito di delega, previo riconoscimento tramite documento d'identità valido - trascorsi 180 giorni dalla data di pubblicazione all'Albo on-line della deliberazione di approvazione della graduatoria finale ed esclusivamente nel termine dei successivi 90 giorni, fatto salvo il differimento del ritiro in esito ad eventuale contenzioso in atto.

NORME FINALI

Il presente Avviso verrà integralmente pubblicato sul **sito internet www.ptvonline.it - Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici** - e sul **Bollettino Ufficiale della Regione Lazio**.

L'Amministrazione si riserva la facoltà, per legittimi motivi, di modificare, sospendere o revocare, in tutto o in parte, il presente avviso o riaprire e/o prorogare i termini di presentazione delle domande, a suo insindacabile giudizio e in qualsiasi momento, senza che gli aspiranti possano sollevare eccezioni, diritti o pretese e senza l'obbligo di notificare ai singoli concorrenti il relativo provvedimento.

Per informazioni e chiarimenti rivolgersi dal lunedì al venerdì - ore 11.00/13.00 - ai seguenti numeri telefonici 06.2090.3332/0124/0449.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Tiziana FRITTELLI



FONDAZIONE PTV

Policlinico Tor Vergata

Allegato A)
Domanda di Partecipazione

AI DIRETTORE GENERALE
della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata
viale Oxford, 81 – 00133 ROMA

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico di mobilità volontaria nazionale, per titoli e colloquio, tra Aziende ed Enti del SSN, per la copertura a tempo indeterminato di n. 14 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere (cat. D), da assegnare al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) del Policlinico Tor Vergata

Il/La sottoscritto/a
cognome _____ **nome** _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso pubblico di mobilità volontaria nazionale di cui in oggetto, indetto dalla Fondazione Policlinico Tor Vergata con DDG n. _____ del _____.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di essere nato/a a Prov..... il
codice fiscale e di essere residente nel comune
di.....Prov.....
Via..... n. CAP
Tel./Cell.email.....@.....
PEC.....@.....
- di essere cittadino/a.....
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di.....Prov.....
ovvero
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare motivi della eventuale non iscrizione nelle liste elettorali).....
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti
ovvero
 di aver riportato condanne penali e di avere procedimenti penali pendenti (indicare eventuali condanne penali e/o procedimenti penali pendenti).....
- di essere attualmente iscritto all'Albo professionale.....
della provincia didal.....n° pos.....
- di essere attualmente dipendente con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato dell'Azienda.....
con sede legale in.....Prov.....CAP.....
Via.....
a far data dal.....
con qualifica di.....
cat.....fascia economica.....
nella struttura organizzativa.....



FONDAZIONE PTV Policlinico Tor Vergata

- di aver superato il periodo di prova
- di non avere subito, nell'ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso, sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura scritta
- di essere in possesso della idoneità fisica all'esercizio delle mansioni connesse alle funzioni di appartenenza
ovvero
 di avere le seguenti limitazioni/prescrizioni all'esercizio delle mansioni
- di non aver superato il periodo di comporta e di non avere cause ostantive al mantenimento del rapporto di pubblico impiego
- di essere in possesso dell'assenso preventivo alla mobilità espresso dall'Azienda di provenienza e di allegare alla domanda di partecipazione specifica dichiarazione
- non essere in posizione di comando o fuori ruolo presso l'Azienda/Ente del S.S.N. di provenienza
ovvero
 di essere in posizione di comando presso l'Azienda.....
 con sede legale in.....Prov.....CAP.....
 Via.....a far data dal.....
- di non essere collocato in distacco/aspettativa sindacale a tempo pieno o parziale
ovvero
 di essere collocato in distacco/aspettativa sindacale a tempo pieno o parziale
- di non godere dei benefici ex art. 33 Legge 104/1992 e s.m.i.
ovvero
 di godere dei benefici ex art. 33 Legge 104/1992 e s.m.i. (specificare, qualora lo si ritenga indispensabile, di volersi avvalere dell'ausilio necessario in relazione al proprio handicap):.....
- di accettare incondizionatamente l'assegnazione presso il *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)* del Policlinico Tor Vergata, senza esclusione di alcun profilo orario
- di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali per uso amministrativo (indicare eventuali dati che non ritenga doversi pubblicizzare - D.Lgs. n. 196/03):
- di eleggere il seguente indirizzo per ogni necessaria comunicazione, (in caso di mancata indicazione vale la residenza di cui al punto 1):
 comune.....prov.....
 Via.....n.....cap.....
 Tel./Cell.email.....@.....
- di accettare, senza riserva, tutte le prescrizioni e precisazioni contenute nel presente avviso e tutte le norme in esso richiamate
- di impegnarsi, qualora risultasse vincitore dell'avviso di mobilità, a non chiedere il trasferimento presso altra Azienda, per un periodo di due anni a decorrere dalla data di effettiva immissione in servizio presso questa Fondazione, a pena di esclusione dalla procedura in questione.

Il/La sottoscritto/a allega obbligatoriamente alla presente domanda la sotto elencata documentazione prevista dal bando, accettando le condizioni fissate nello stesso nonché quelle che disciplinano e disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale dipendente da pubbliche amministrazioni e nello specifico della Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata":



FONDAZIONE PTV

Policlino Tor Vergata

1. **Allegato B al presente Avviso/Scheda 1 FOGLIO INFORMATIVO PROCEDURA DI MOBILITÀ**, compilato, datato e firmato;
2. **allegato C al presente Avviso/Scheda 2 CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**, compilato, datato e firmato;
3. **allegato D al presente Avviso/DICHIARAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DI ASSENSO PREVENTIVO ALLA MOBILITÀ RILASCIATO DALL'AZIENDA DI PROVENIENZA**, compilata, datata e firmata;
4. **COPIA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE**, leggibile in tutte le sue parti, in corso di validità;

Data, _____

In fede
Il dichiarante



FONDAZIONE PTV

Policlinico Tor Vergata

ALLEGATO B)
Scheda 1

FOGLIO INFORMATIVO PROCEDURA DI MOBILITÀ (Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

con riferimento alla Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico di mobilità volontaria nazionale per **n. 14 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere (cat. D)**, indetto con DDG n. _____ del _____ dalla Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata", ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R., **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ IL SEGUENTE STATO GIURIDICO, RIFERITO ALL'ATTUALE RAPPORTO DI LAVORO.**

(barrare le voci che interessano)

RAPPORTO DI DIPENDENZA

a tempo indeterminato;
decorrenza rapporto: dal ___/___/_____
periodo di prova superato: SI NO
con qualifica di: _____
cat. _____ fascia economica _____
struttura lavorativa (U.O.) _____
denominazione Ente di appartenenza: _____
sede legale Ente di appartenenza: _____

ORARIO DI SERVIZIO

Attuale orario di servizio: a Tempo Pieno Part Time al _____% (indicare % oraria)
specificare tipo PT: orizzontale verticale misto

TITOLARITA' INCARICHI

Titolare di incarico: SI NO
specificare tipo incarico: _____
Decorrenza incarico: dal ___/___/_____ al ___/___/_____
Denominazione incarico/incarichi _____

SANZIONI DISCIPLINARI

Sanzioni disciplinari nel biennio antecedente la data di pubblicazione del presente avviso: SI NO
Sanzioni disciplinari anteriores l'ultimo biennio: SI NO
specificare eventuali sanzioni disciplinari: _____

DISTACCO/ASPETTATIVA/COMANDO



FONDAZIONE PTV

Policlino Tor Vergata

SI NO distacco/aspettativa sindacale a tempo pieno o parziale: dal ___/___/___ al ___/___/___ Collocamento in posizione di comando o fuori ruolo: dal ___/___/___ al ___/___/___ Collocamento in aspettativa: dal ___/___/___ al ___/___/___Specificare tipo aspettativa: con decorrenza anzianità senza decorrenza anzianità

IDONEITÀ FISICA – INVALIDITA' CIVILE - TITOLARITA' DIRITTI L. 104/92

Riportare estremi della documento comprovante lo stato/o allegare documentazione Limitazioni/prescrizioni all'esercizio delle mansioni: _____ Invalidità civile: _____ Fruizione di diritti ex lege 104: _____

specificare se:

- quale beneficiario: nell'anno precedente alla domanda di mobilità: nell'anno in corso:
- per congiunti: nell'anno precedente alla domanda di mobilità: nell'anno in corso:

ASSENZE A VARIO TITOLO NELL'ULTIMO TRIENNIO

N° giorni di assenza ultimo triennio: _____; specificare: n. ___ per malattia;

n. ___ per infortunio

n. ___ per

.....(specificare)

NUCLEO FAMILIARE

Genitore di figli minori di anni tre: indicare n° figli _____;

TRATTAMENTO ECONOMICO IN GODIMENTO

Voci (compilare voci che interessano)	Importo mensile
Stipendio base	
Valore comune ex I.Q.P.	
Indennità vacanza contrattuale	
Indennità professionale specifica	
Fascia	
Altro (specificare _____)	

Data, _____

In fede
Il dichiarante

FONDAZIONE PTV

Policlinico Tor Vergata

 ALLEGATO C)
 Scheda 2

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE formulato come dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà <i>(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 e s.m.i.)</i>

//La sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

con riferimento alla Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico di mobilità volontaria nazionale per **n. 14 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere (cat. D)**, indetto con DDG n. ____ del _____ dalla Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata", allega il seguente Curriculum formativo e professionale e, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R., **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE QUANTO RIPORTATO CORRISPONDE AL VERO E CHE LE FOTOCOPIE ALLEGATE AL PRESENTE SONO CONFORMI ALLE ORIGINALI IN PROPRIO POSSESSO:**

TITOLI DI STUDIO E ACCADEMICI	Indicare i titoli di studio/professionali/accademici conseguiti			
TITOLO DI STUDIO/PROFESSIONALE	CONSEGUITO PRESSO	IN DATA	DURATA	VOTO

SERVIZIO PRESTATO presso ENTI PUBBLICI O CONVENZIONATI	Indicare l'attività professionale svolta nella PA di provenienza e presso eventuali altre PA (o enti convenzionati) indicando Ente, profilo di inquadramento, anzianità di servizio maturata e specificando Servizio/Reparto di assegnazione.
ENTE:	



FONDAZIONE PTV

Policlino Tor Vergata

CATEGORIA/QUALIFICA	TIPO CONTRATTO ¹ - h sett.	DAL	AL
Servizio/Reparto:			
periodi di sospensione: ² dal al ;			
periodi di sospensione: dal al ;			
ENTE:			
CATEGORIA/QUALIFICA	TIPO CONTRATTO - h sett.	DAL	AL
Servizio/Reparto:			
periodi di sospensione: dal al ;			
periodi di sospensione: dal al ;			
ENTE:			
CATEGORIA/QUALIFICA	TIPO CONTRATTO - h sett.	DAL	AL
Servizio/Reparto:			
periodi di sospensione: dal al ;			
periodi di sospensione: dal al ;			
ENTE:			
CATEGORIA/QUALIFICA	TIPO CONTRATTO - h sett.	DAL	AL
Servizio/Reparto:			
ENTE:			
periodi di sospensione: dal al ;			
periodi di sospensione: dal al ;			

¹ indicare inquadramento: TD/TI/COCOCO/LIB.PROF.LE ecc e, ove previsto, prestazione oraria settimanale

² inserire eventuali periodi di sospensione dal servizio senza decorrenza dell'anzianità

FONDAZIONE PTV

Policlino Tor Vergata

TITOLI DI FORMAZIONE e AGGIORNAMENTO³	Indicare attività formative, di studio, di aggiornamento, congressi, convegni, seminari
---	--

TIPO	TITOLO	IL/DAL	AL	CON ESAME
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

ULTERIORI TITOLI⁴	ulteriori esperienze professionali c/o enti pubblici e convenzionati utili alla formazione complessiva (tirocini, frequenze, espletamento borse di studio, partecipazione a progetti, docenze, attività di volontariato)		
Inquadramento - h sett.	funzioni	DAL	AL
ENTE:			
ENTE:			

³ es.: TIPO: corso di aggiornamento TITOLO: indicare denominazione corso IL/DAL-AL: indicare data/periodo frequenza
 CON ESAME: barrare se con esame finale

⁴ Indicare inquadramento contrattuale e, ove previsto, ore settimanali (td/ti/Cococo/lib.prof.)

FONDAZIONE PTV Policlinico Tor Vergata

DOCUMENTI ALLEGATI COPIA⁵

TIPO DOCUMENTO	TITOLO	N. progr. DOC.

Data, _____

In fede
Il dichiarante

⁵ Da compilare nel caso in cui il candidato allegi fotocopia di attestazioni, certificati, pubblicazioni, delle quali in tal modo dichiara la conformità all'originale in suo possesso. Riportare il numero progressivo sul relativo documento. Le pubblicazioni possono essere prodotte in versione originale, in copia autenticata ovvero in copia dichiarata conforme all'originale mediante il presente modulo e saranno valutate unicamente se complete ed edita a stampa.



FONDAZIONE PTV Policlinico Tor Vergata

ALLEGATO D)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

con riferimento alla Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico di mobilità volontaria nazionale per **n. 14 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere (cat. D)**, indetto con DDG n. _____ del _____ dalla Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata",

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo d.p.r., **di essere in possesso, alla data di scadenza del predetto avviso, di assenso preventivo alla mobilità rilasciato dall'azienda di provenienza con nota prot. n. _____ del _____.**

Data, _____

In fede
Il dichiarante
