

Prot. n. NP/2017/29704 del 31.3.2017

Carbonia, 31 marzo 2017

**AVVISO INTERNO PER TITOLI E COLLOQUIO  
PER L'ASSEGNAZIONE DI PERSONALE  
APPARTENENTE AL PROFILO PROFESSIONALE DI  
COLLABORATORE PROF.LE SANITARIO INFERMIERE CAT. D - DS  
ALLA SS "ENDOSCOPIA DIGESTIVA"  
DEL PRESIDIO OSPEDALIERO  
SEDE DI CARBONIA**

Si comunica che l'Area Socio Sanitaria di Carbonia ha la necessità di assegnare n. 2 dipendenti appartenenti al profilo professionale di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE CAT. D - DS alla SS di Endoscopia Digestiva afferente al Presidio Ospedaliero Sirai di Carbonia.

Possono inoltrare domanda di diversa assegnazione i dipendenti a tempo indeterminato dell'ASSL di Carbonia che abbiano superato il periodo di prova inquadrati nel profilo professionale di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO CAT. D -DS e che si trovino in una delle seguenti condizioni: "Idoneo senza prescrizione".

Tale condizione deve risultare da apposita certificazione rilasciata dal medico competente aziendale.

L'assegnazione al nuovo posto sarà effettuata previa verifica dell'idoneità psico-fisica alla specifica funzione a cura del medico competente aziendale.

I dipendenti interessati dovranno presentare domanda, debitamente sottoscritta, mediante la compilazione dell'allegato schema, allegando i documenti e titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione positiva del curriculum di carriera e professionale da allegare obbligatoriamente alla domanda. Nella valutazione di detto curriculum si dovrà tenere conto del tipo di attività lavorativa svolta nel settore specifico, dell'attività di aggiornamento purché inerente, dell'attività didattica e delle esperienze di lavoro.

La diversa assegnazione dei dipendenti sarà effettuata altresì sulla base una prova colloquio finalizzata alla verifica del possesso di conoscenze connesse alla funzione da ricoprire e più precisamente:

la gestione delle procedure endoscopiche e diagnostico-terapeutiche invasive;  
l'assistenza diretta al paziente sottoposto a procedure endoscopiche o diagnostico-terapeutiche invasive;  
la gestione del controllo infettivo e della sicurezza ambientale.

Il colloquio sarà condotto da una Commissione composta da:

Dott.ssa Maria Gabriella ARU	Responsabile infermieristico e ostetrico Area H SPS
CPSI Patrizia PIRASTRU	Infermiera endoscopia digestiva
Sig. Giovanni Di Pasquale	Assistente Amm.vo SPS con funzioni di Segreteria.

Tutti i documenti devono essere prodotti in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Chi intende avvalersi dell'autocertificazione deve produrre copia fotostatica non autenticata dei titoli e delle pubblicazioni, accompagnati da apposita dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

In conformità a quanto previsto dall'art. 15/1 lett a) della L. 183/2011, si precisa che il candidato, in luogo alle certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione, che non potranno essere accettate e/o ritenute utili ai fini della valutazione di merito, deve presentare dichiarazioni sostitutive e, più precisamente:

a. dichiarazione sostitutiva di certificazione: art. 46, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (stato di famiglia, iscrizione all'Albo Professionale, possesso del titolo di studio, di specializzazione, di abilitazione);

b. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà: per tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nell'elenco di cui all'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (attività di servizio, borse di studio, incarichi libero-professionali, docenze).

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà deve essere sottoscritta personalmente dall'interessato dinanzi al funzionario competente a ricevere la documentazione, ovvero può essere spedita per posta o consegnata da terzi unitamente a fotocopia semplice di documento di identità personale del sottoscrittore.

La dichiarazione resa da candidato, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che si intende produrre; l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato.

Con particolare riferimento al servizio prestato, la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà deve contenere l'esatta denominazione dell'ente, la qualifica, il tipo di rapporto di lavoro (a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale), le date di inizio e di conclusione del servizio, nonché le eventuali interruzioni (aspettative, sospensioni, ecc...) e quant'altro necessario per valutare il servizio stesso.

In caso di accertamento di indicazioni non rispondenti a veridicità, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Alla domanda di partecipazione dovrà essere allegato un elenco in triplice copia dei documenti e titoli presentati e un curriculum professionale in carta semplice datato e firmato.

Le domande in carta semplice dovranno tassativamente pervenire **entro 7 giorni dalla pubblicazione del presente Avviso**, secondo le modalità di seguito riportate:

- consegna a mano all'U.O. Direzione Professioni Sanitarie - Ufficio Protocollo - Il piano - via Dalmazia 83 – CARBONIA;
- tramite utilizzo della posta elettronica certificata entro il termine di scadenza previsto al seguente indirizzo di posta elettronica certificata [protocollo@pec.aslcarbonia.it](mailto:protocollo@pec.aslcarbonia.it); si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella elettronica certificata a sua volta. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC Aziendale.

**Se il termine per la presentazione delle domande dovesse coincidere con un giorno festivo, sarà spostato al primo giorno feriale successivo.**

L'elenco dei candidati in possesso dei requisiti specifici di ammissione verrà pubblicato sul sito web aziendale, nella sezione "Bandi di concorso", alla pagina <http://www.aslcarbonia.it/albopretorio/concorsi/>.

I dipendenti che hanno usufruito dei processi di mobilità sono tenuti a dichiarare tale loro situazione contestualmente all'istanza di partecipazione pena l'esclusione dalla presente procedura;

Le graduatorie verranno utilizzate per un periodo massimo di 24 mesi.

Gli aspiranti in graduatoria saranno interpellati, secondo l'ordine della stessa, esclusivamente per la mobilità prescelta; la rinuncia deve sempre essere fatta per iscritto entro cinque giorni dalla proposta di diversa assegnazione e comporta l'esclusione dalla graduatoria.

Per quanto non espressamente previsto nel presente bando, si fa riferimento a quanto disposto dal vigente regolamento aziendale sulla mobilità

Per qualsiasi informazione relativa al presente bando rivolgersi alla Segreteria Direzione Professioni Sanitarie dal lunedì al venerdì, dalle ore 10.00 alle ore 13.00 - tel. 07816683270

IL DIRETTORE  
DELL'U.O PROFESSIONI SANITARIE  
f.to Dr. Antonello Cuccuru

SCHEMA DOMANDA DI DIVERSA ASSEGNAZIONE

AL DIRETTORE PROFESSIONI SANITARIE  
ASSSL Carbonia  
Via Dalmazia, 83  
09013 Carbonia

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Recapiti Telefonici \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Domicilio presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione inerente la selezione (se diverso dalla residenza):

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

CHIEDE

Il trasferimento/diversa assegnazione presso la SS di Endoscopia Digestiva del P.O. Sirai di Carbonia

A tal fine dichiara di:

di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo professionale di:

COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE CAT. D / DS in servizio presso

\_\_\_\_\_

di essere in possesso della piena idoneità alla mansione infermieristica

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_