

IL PRESENTE AVVISO È STATO PUBBLICATO ALL'ALBO PRETORIO A.S.P. IN DATA **15 GIUGNO 2009**

IL TERMINE PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE SCADE IL **30 GIUGNO 2009**
(15° giorno non festivo successivo alla data di pubblicazione del presente avviso all'Albo Pretorio A.S.P.)

REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
Via Torraca, 2 – 85100 POTENZA

**AVVISO DI MOBILITÀ INTERNA ORDINARIA, A DOMANDA, RISERVATO
AL PERSONALE IN SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO
L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
NEL PROFILO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO –
FISIOTERAPISTA (CAT. D)**

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. **563** del **11 giugno 2009**, è indetto avviso di mobilità interna ordinaria, a domanda (ex art. 18 del CCNL integrativo 98/01), per l'assegnazione di n. 6 (sei) posti presso il Presidio Ospedaliero di Venosa, riservato al personale in servizio a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza nel profilo di **Collaboratore Professionale Sanitario – Fisioterapista (cat. D)**.

Per la presente procedura selettiva si adotta, in esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 515 del 29/05/2009 e per quanto applicabile, il Regolamento della disciolta Azienda Sanitaria USL n. 3 di Lagonegro di disciplina dell'istituto della mobilità interna (ex art. 21 del CCI Personale Comparto 2002/2005 sottoscritto in data 12/05/2006 e recepito con Deliberazione n. 333/2006).

Ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30.6.2003 “*Codice in materia di protezione dei dati personali*”, il trattamento dei dati personali forniti dai candidati sarà finalizzato allo svolgimento della procedura concorsuale e all'eventuale instaurazione e gestione del rapporto contrattuale.

Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, in applicazione di quanto disposto dallo stesso D.Lgs 196/03 in modo da assicurare la tutela della riservatezza dell'interessato, fatta comunque salva la necessaria pubblicità della procedura concorsuale ai sensi delle disposizioni normative vigenti.

Il trattamento verrà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici, con la precisazione che l'eventuale elaborazione dei dati per finalità statistiche o di ricerca avverrà garantendo l'anonimato.

La comunicazione dei dati ad altri soggetti pubblici e ai privati verrà effettuata in esecuzione di obblighi di legge, di regolamento e per lo svolgimento delle funzioni istituzionali ai sensi di quanto previsto dalla L. 675/96 e delle ulteriori disposizioni integrative.

La diffusione dei dati verrà effettuata nel rispetto dei divieti di comunicazione previsti dall'art. 25 del D.Lgs 196/03.

In conformità a quanto previsto dall'art. 7, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001 è garantita parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e al trattamento sul lavoro.

La partecipazione all'avviso è consentita ai candidati dell'uno e dell'altro sesso che siano in possesso dei requisiti prescritti. Al riguardo, ai sensi dell'art. 4, comma 3, della Legge n.

125/91 come sostituito ed integrato dall'art. 27, comma 5, del D.lgs n. 198 dell'11.04.2006, si specifica che il termine "candidati" usato nel testo va sempre inteso nel senso innanzi specificato e quindi riferito ai laureati "dell'uno e dell'altro sesso".

AVVERTENZA:

Non saranno in alcun modo prese in considerazione le istanze già pervenute a questa Azienda su iniziativa dei singoli o al di fuori della presente procedura di mobilità interna.

1) REQUISITI SPECIFICI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare al presente avviso di mobilità interna ordinaria, a domanda, i dipendenti in **servizio a tempo indeterminato** presso l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza in possesso dei seguenti requisiti:

- 1) rapporto di lavoro a tempo indeterminato nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Fisioterapista (cat. D);
- 2) superamento del periodo di prova.

I requisiti di cui sopra devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente avviso per la presentazione delle domande di partecipazione. Il difetto anche di uno solo dei requisiti prescritti comporta la non partecipazione all'avviso di mobilità.

2) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E PRESENTAZIONE

Per poter partecipare al presente avviso di mobilità interna i candidati, secondo lo schema esemplificativo allegato al presente bando (**allegato A**), dovranno far pervenire, a pena di esclusione, domanda diretta al **Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza**.

La domanda e la documentazione ad essa allegata devono essere inoltrate a mezzo servizio postale o presentate direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – Sedi di Venosa [Via Roma, 85029 Venosa (PZ)] o Potenza (Via Torraca, 85100 Potenza) o Lagonegro [Via Piano dei Lippi, n. 10, 85042 Lagonegro (PZ)], **entro il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza**.

Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Le domande si considerano prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; la eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti.

Dell'avvenuta pubblicazione del presente avviso all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza sarà data immediata comunicazione presso gli Albi delle disciolte Aziende Sanitarie di Venosa e Lagonegro e delle strutture ospedaliere e territoriali aziendali.

Il presente bando compreso gli allegati sono disponibili **sui siti internet aziendali** www.asl2.potenza.it, www.asl1venosa.it e www.asl3lagonegro.it.

Per la partecipazione all'avviso di mobilità interna gli aspiranti devono dichiarare, sotto la propria responsabilità, consapevoli delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000:

- a) il cognome e il nome;
- b) la data, il luogo di nascita e la residenza;

- c) il servizio prestato con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Fisioterapista (cat. D);
- d) la sede presso cui viene prestata l'attività lavorativa;
- e) l'avvenuto superamento del periodo di prova.

L'interessato, inoltre, è tenuto ad indicare il domicilio (con l'indicazione del C.A.P.) presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni eventuale comunicazione relativa all'avviso. In caso di mancata indicazione vale ad ogni effetto la residenza di cui alla *lett. b*).

L'interessato, infine, è tenuto ad indicare il proprio recapito telefonico per eventuali comunicazioni urgenti.

L'Azienda Sanitaria non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni 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.

La domanda deve essere firmata, pena esclusione, e la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata. Alla stessa il candidato dovrà allegare una fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità.

Alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità interna gli aspiranti dovranno allegare, a pena di esclusione, i seguenti documenti in carta semplice:

- a) un **curriculum formativo e professionale** datato e firmato, debitamente documentato e redatto nella forma dell'autocertificazione di cui al DPR 445/2000 e *ss.mm.ii.*, valutabile secondo la previsione dei punteggi allegata al presente avviso (**Allegato B**);
- b) ulteriori certificazioni relative ai titoli che si ritiene opportuno presentare ai fini della valutazione di merito e della formazione della graduatoria;
- c) fotocopia di un documento di identità personale;
- d) un elenco dei documenti presentati, datato e firmato.

L'autocertificazione dovrà essere resa secondo gli **allegati C e D** del presente avviso e sarà ritenuta valida solo se prodotta nelle seguenti forme:

- **dichiarazioni sostitutive di certificazioni (allegato C) nei casi elencati all'art. 46 del D.P.R. 445/2000** (ad es. stato di famiglia, iscrizione ad ordini professionali, titoli di studio, titoli professionali, specializzazioni, abilitazioni, titoli di formazione e di aggiornamento ecc.): la firma non deve essere autenticata e non necessita la fotocopia del documento di identità del concorrente.
- **dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà (allegato D) ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000:** per tutti gli stati, qualità personali o fatti non espressamente indicati nell'art. 46 del predetto DPR che siano a diretta conoscenza dell'interessato (ad es. attività di servizio, borse di studio, incarichi libero professionali, docenze, conformità di copie agli originali ecc.). Tale dichiarazione deve essere sottoscritta e alla stessa deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità personale del sottoscrittore.

Qualora l'attestazione dei servizi prestati venga resa mediante autocertificazione ex art. 47 del D.P.R. 445/2000, la stessa dovrà contenere, pena la non valutazione, l'esatta denominazione dell'ente, la qualifica e la disciplina rivestita, il tipo di rapporto di lavoro (a tempo determinato o indeterminato, a tempo pieno o parziale con indicazione dell'impegno orario settimanale ecc), la natura del rapporto (autonomo o subordinato), le date di inizio e di conclusione dei vari periodi

di servizio prestato, le eventuali interruzioni intervenute nonché la dichiarazione della ricorrenza o meno delle condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79.

3) CRITERI DI VALUTAZIONE DEL CURRICULUM, APPROVAZIONE E VALIDITÀ TEMPORALE DELLA GRADUATORIA.

L'individuazione dei Collaboratori Professionali Sanitari – Fisioterapisti che accederanno alla mobilità interna sarà effettuata da apposita Commissione di esperti, nominata dal Direttore Generale, che avrà il compito di procedere, ai sensi dell'art. 18, comma 3, *lett. b)* del CCNL integrativo 98/01, a una **valutazione positiva e comparata del curriculum prodotto dagli aspiranti**.

Per la definizione dei criteri generali e specifici di valutazione del curriculum la Commissione adotterà, per quanto applicabile, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 18, comma 4, del CCNL integrativo 98/01 e dal Regolamento della disciolta Azienda Sanitaria USL n. 3 di Lagonegro di disciplina dell'istituto della mobilità interna (ex art. 21 CCI Personale Comparto 2002/2005 del 12.05.2006), il Regolamento per le selezioni interne approvato con Del. n. 775/2000 e la allegata modalità di valutazione del curriculum (**Allegato B**).

Per quanto non applicabile con il predetto Regolamento si fa riferimento, nella valutazione del curriculum in parola, al DPR 220/2001.

La Commissione esaminatrice formulerà specifica graduatoria di merito secondo l'ordine dei punti della valutazione complessiva riportata da ciascun candidato.

La graduatoria di merito è approvata dal Direttore Generale con apposito atto dispositivo ed è immediatamente efficace.

La graduatoria rimarrà valida per un termine di 36 (trentasei) mesi dalla data di approvazione e potrà essere utilizzata solo per le esigenze del Presidio Ospedaliero di Venosa.

I dipendenti, trasferiti a seguito di mobilità interna, non possono presentare domanda di mobilità prima che siano trascorsi 36 (trentasei) mesi di servizio.

I dipendenti, utilmente collocati in graduatoria di mobilità interna ordinaria, che rinunciano all'assegnazione, non possono ripresentare domanda per la medesima Struttura per gli eventuali avvisi di mobilità indetti nei successivi trentasei mesi.

4) DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

Il Direttore Generale si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di differire il termine di scadenza fissato dal presente avviso, di revocare la presente procedura, di variare il numero dei posti messi ad avviso senza l'obbligo di comunicarli e senza che gli aspiranti possano sollevare pretese o qualsivoglia diritto.

L'assunzione in servizio del vincitore è, in ogni caso, subordinata alla verifica della permanenza delle esigenze programmatiche e di servizio che hanno determinato l'adozione del presente avviso interno.

Per eventuali informazioni rivolgersi ai seguenti numeri telefonici: 0972/39455; 0971/310536; 0975/312468, 0973/48507 e Numero verde 800 541212.

Potenza, lì _____

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Pasquale Francesco Amendola)

(MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEL CURRICULUM) (max punti 50,00)**TITOLI PROFESSIONALI****(max punti 23,00)**

attinenti alla categoria e profilo ricoperto
(non sono valutabili i titoli richiesti quali requisiti di accesso dalle declaratorie del CCNL vigente)

| | | | |
|---|---------|--|-------------|
| • Diploma di Scuola diretta ai fini speciali | Punti 5 | | |
| • Diploma di specializzazione e/o perfezionamento (di 1 anno scolastico e/o accademico) | « 1,25 | | max p. 2,50 |
| • Certificato di Abilitazione a Funzioni Direttive | « | | « 1,25 |
| • Attestato e/o Diploma di Specializzazione e/o Perfezionamento (di almeno 6 mesi) | « 0,75 | | « 1,50 |

Corsi di formazione

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|--------|
| • di durata annuale con esame finale | « 1,25 c.u. | | « 2,50 |
| • di durata annuale senza esame finale | « 0,75 c.u. | | « 1,50 |
| • di durata semestrale con esame finale | « 0,65 c.u. | | « 1,30 |
| • di durata semestrale senza esame finale | « 0,60 c.u. | | « 1,20 |
| • di durata trimestrale con esame finale | « 0,55 c.u. | | « 1,10 |
| • di durata trimestrale senza esame finale | « 0,50 c.u. | | « 1,00 |
| • di durata di uno o due mesi con esame finale | « 0,45 c.u. | | « 0,90 |
| • di durata di uno o due mesi senza esame finale | « 0,40 c.u. | | « 0,80 |
| • incarico di docenza presso scuole di formazione per il personale non laureato del SSN (scuole regionali) | « 0,50 (per anno scolast.) | | « 2,00 |
| • incarico di docenza presso scuole universitarie "DD.UU." per il personale non laureato del SSN (scuole universitarie) | « 0,70 (per anno scolast.) | | « 3,00 |
| • incarico di direzione e/o di coordinamento presso Scuole Regionali e/o universitarie | « 0,50 (per anno scolast./accad.) | | « 1,00 |
| • pubblicazioni di lavori attinenti l'attuale profilo o il nuovo o attinenti specificità nel settore pubblico | « 0,50 | | « 3,00 |
| • relatore a corsi, convegni, etc. | « 0,30 | | « 1,50 |
| • attività di tutor | « 0,25 | | « 3,00 |
| • attestato di benemerenzza | « 0,50 | | « 1,00 |
| • incarichi commissione vari | « 0,50 | | « 3,00 |

Aggiornamento obbligatorio

| | | | |
|------------------------|-------|-----------|-------------|
| • superiore a 4 giorni | punti | 0,50 c.u. | max p. 1,50 |
| • pari a 3-4 giorni | « | 0,40 c.u. | « 1,20 |
| • pari a 1-2 giorni | « | 0,30 c.u. | « 0,90 |

Aggiornamento facoltativo

- | | | | | |
|------------------------|---|-----------|---|------|
| • superiore a 4 giorni | « | 0,20 c.u. | « | 2,00 |
| • pari a 3-4 giorni | « | 0,15 c.u. | « | 1,50 |
| • pari a 1-2 giorni | « | 0,10 c.u. | « | 1,00 |

I titoli professionali non attinenti al profilo ricoperto e/o da ricoprire vengono valutati al 25% dei relativi punteggi di cui sopra

ANZIANITÀ DI SERVIZIO

(max punti 27,00)

L'anzianità di servizio nel profilo di appartenenza è valutato con un punteggio di **0,65** punti per ogni anno prestato con un massimo di punti **27,00**.

Gli anni di servizio prestati in categorie inferiori dello stesso profilo a quello ricoperto, vengono valutati al 50 % dei relativi punteggi di cui sopra.

Gli anni di servizio prestati in profili o ruoli diversi da quello ricoperto, vengono valutati al 25 % dei relativi punteggi di cui sopra.

Inoltre, vengono valutati in percentuale i periodi di lavoro superiori a 15 giorni.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(art.. 46 del D.P.R. 445/2000)

__l__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____ il _____ e
residente in _____ alla Via _____ n.____, consapevole delle sanzioni penali
previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n.
445/2000,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità quanto segue:

__l__ sottoscritt__ autorizza, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30.06.2003, l'Azienda
Sanitaria locale di Potenza al trattamento dei dati personali forniti con la presente dichiarazione.

Data _____

FIRMA DEL SOTTOSCRITTORE
