



SCADENZA: 6 luglio 2022

AVVISO DI MOBILITA' VOLONTARIA

(in applicazione del D. Lgs. n.165/2001)

Questa Agenzia intende procedere, attraverso l'istituto della mobilità volontaria disciplinato dall'art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001, alla copertura a tempo indeterminato di

**n.1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
(categoria D o DS)**

La figura ricercata deve essere inserita nel Dipartimento Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie. Nello specifico, le aree di competenza sono così individuate:

MEDICINA DI LABORATORIO: verifica dell'adeguatezza formale dei documenti prodotti dagli enti erogatori di ambito sanitario, in relazione agli standard ed ai requisiti regionali e nazionali autorizzativi e di accreditamento, di interesse organizzativo – gestionale;

SVILUPPO QUALITA' INTERNA: referenza specifica, a supporto del personale dirigente operante nel settore, in ambito di progettazione, stesura ed elaborazione dei documenti dispositivi dell'organizzazione interna (procedure, linee guida ed altre analoghe casistiche) delle strutture vigilate.

I requisiti richiesti per partecipare all'avviso sono:

1. essere in servizio presso altre Pubbliche Amministrazioni con rapporto di lavoro a tempo indeterminato nel profilo richiesto;
2. essere in condizioni di idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni previste dal ruolo;
3. non avere procedimenti disciplinari in corso e non essere incorsi in sanzioni a seguito di procedimenti disciplinari negli ultimi due anni.

I requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso per la presentazione delle candidature e devono essere documentati nelle forme di legge.

Gli interessati potranno presentare domanda di mobilità volontaria, in carta semplice, **redatta secondo lo schema allegato al presente bando**, indirizzata al Direttore Generale dell'Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria (Via O. Rossi, 9 – Varese) entro il termine perentorio del trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito internet aziendale (www.ats.insubria.it – sezione: "Bandi di concorso").

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

I candidati dovranno allegare alla domanda:

1. un'autocertificazione attestante il possesso dei requisiti richiesti per la partecipazione al presente avviso, nonché di tutti i titoli ritenuti utili ai fini della valutazione della professionalità posseduta (si raccomanda di porre particolare attenzione nella dichiarazione dei servizi prestati);
2. un dettagliato curriculum formativo e professionale in formato europeo;
3. la fotocopia di un valido documento di riconoscimento.

Le domande di partecipazione possono essere:

- spedite a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno;
- inviate all'indirizzo di posta elettronica certificata protocollo@pec.ats-insubria.it esclusivamente da un dominio certificato personale del candidato.

Non verranno prese in considerazione le domande di mobilità precedentemente inviate ed attualmente presenti agli atti dell'Agenzia. Gli interessati dovranno pertanto presentare una nuova domanda nei termini previsti dal presente bando.

I candidati saranno sottoposti ad un colloquio con una Commissione aziendale composta dal Direttore del Dipartimento Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (o suo delegato) con funzioni di Presidente, da un Dirigente del medesimo Dipartimento e dal Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane (o suo delegato).

Il colloquio avrà per oggetto le tematiche proprie delle aree di competenza sopra esplicitate, nonché compiti e funzioni delle Agenzie di Tutela della Salute in Regione Lombardia.

La Commissione sceglierà la professionalità ritenuta meglio rispondente alle esigenze di servizio dell'Agenzia, sulla base della valutazione del curriculum professionale e dell'esito del colloquio.

La data di svolgimento del colloquio sarà pubblicata sul sito aziendale: www.ats-insubria.it – sezione: "Bandi di concorso".

L'Amministrazione si riserva in ogni caso la facoltà di prorogare, sospendere, modificare o annullare il presente avviso di selezione nel rispetto delle norme di legge e per motivi di interesse pubblico, ovvero di non procedere alla copertura del posto qualora ragioni organizzative ovvero disposizioni nazionali o regionali dovessero rendere inopportuna o comunque non consentire l'assunzione.

Si precisa che l'assunzione è in ogni caso subordinata all'esito negativo della mobilità obbligatoria avviata per il medesimo posto presso il Dipartimento della Funzione Pubblica.

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196, come modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n.101, e dal REG UE 2016/679 (GDPR), i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Agenzia per le finalità di gestione della selezione. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dal procedimento.

Il candidato gode dei diritti previsti dal citato Regolamento, che potranno essere fatti valere nei confronti dell'Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria – Unità Organizzativa Gestione Risorse Umane.

Ai fini del presente avviso, è garantita pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 165/2001.

Per tutto quanto non previsto nel presente avviso, si intendono qui richiamate, a tutti gli effetti, le vigenti norme legislative.

IL DIRETTORE
U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE
Alessandra Mariconti

documento informatico firmato digitalmente
ex DPR n.445/2000 e D. Lgs. n.82/2005 e norme
collegate sostituisce il documento cartaceo firmato in autografo

Schema esemplificativo di domanda

Al Direttore Generale
dell'A.T.S. dell'Insubria
Via O. Rossi, 9
21100 VARESE

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in via _____

C H I E D E

di partecipare all'avviso di mobilità volontaria per la copertura a tempo indeterminato e pieno di
n. ____ posto/i di _____ .

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

D I C H I A R A

- ☐ di essere dipendente a tempo indeterminato, a far tempo dal _____, presso la seguente Pubblica Amministrazione _____ con la qualifica di _____ disciplina _____ con rapporto di lavoro a: ☐ tempo pieno ☐ tempo parziale al _____ %
- ☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio:
_____ conseguito c/o _____ il ____ con voti _____;
Laurea in _____ conseguita c/o _____ il ____ con voti _____;
Specializzazione in _____ conseguita c/o _____ il ____ con voti _____;
- ☐ di essere in condizioni di idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni previste dal ruolo;
- ☐ di non avere procedimenti disciplinari in corso e di non essere incorso in sanzioni a seguito di procedimenti disciplinari negli ultimi due anni;
- ☐ di avere effettuato negli ultimi tre anni n. ____ giorni di malattia;
- ☐ di fruire dei benefici previsto dall' art. 33 L. n.104/92 (*Legge- quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*)
 - ☐ Si (specificare per chi)
 - ☐ No
- ☐ di fruire dei benefici previsti dall'art. 79 D.Lgs. n. 267/2000 (permessi componenti consigli comunali, ...)
 - ☐ Si
 - ☐ No
- ☐ di accettare incondizionatamente le norme previste dal presente bando;
- ☐ che l'indirizzo e-mail al quale dovranno essere inviate eventuali comunicazioni relative alla procedura è il seguente: _____ e che si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione al riguardo.

Il sottoscritto **dichiara** di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n.101, e dal REG UE 2016/679 (GDPR), i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Agenzia per le finalità di gestione della selezione; che il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione pena l'esclusione dal procedimento e quindi ne **autorizza** il trattamento da parte dell'A.T.S. dell'Insubria.

Data _____

Firma _____

SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

SI ALLEGA FOTOCOPIA FRONTE-RETRO DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ':

Tipologia: _____ rilasciato il _____ da _____

AUTOCERTIFICAZIONE
(ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ via _____ consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 delle sanzioni penali nelle quali può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del D.P.R. n. 445/2000 quanto segue:

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

☐ Titoli accademici e di studio conseguiti (diplomi, lauree, specializzazioni, master, albi etc.)

☐ Pubblicazioni e titoli scientifici (le pubblicazioni, esclusivamente edite a stampa, dovranno essere allegate in originale o in copia conforme all'originale)

☐ Partecipazione a corsi, convegni, seminari, etc. (indicare dettagliatamente tutti gli estremi necessari al fine di permettere una corretta valutazione degli stessi, quali, ad esempio, il titolo dell'evento, la durata, l'ente erogatore dell'attività formativa)

ESPERIENZA LAVORATIVA

Servizio prestato presso (Ente/Azienda - specificare se trattasi di struttura pubblica o privata) _____ con la qualifica _____ presso l'U.O./Servizio _____ con rapporto di dipendenza/ co.co.co, co.co.pro, libera professione, etc. _ a tempo pieno dal _____ al _____ ovvero con il seguente impegno orario settimanale _____ dal _____ al _____

di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni per le motivazioni di seguito elencate: _____ dal _____ al _____

che per i succitati servizi non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 761/79 in materia di mancata partecipazione ai corsi di aggiornamento obbligatorio (ovvero precisare la misura della riduzione).

ALTRO

DICHIARA

ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000 che le fotocopie allegate alla presente domanda, numerate da ____ a ____ , sono conformi agli originali in suo possesso.

_____ il _____ Firma _____

SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

SI ALLEGA FOTOCOPIA FRONTE-RETRO DEL DOCUMENTO D'IDENTITA':
Tipologia: _____ rilasciato il _____ da _____