

Enti Pubblici

Aziende Sanitarie Locali ed altre istituzioni sanitarie
FONDAZIONE PTV - POLICLINICO TOR VERGATA

Avviso

Avviso di mobilità volontaria, per titoli ed eventuale colloquio - ex art. 30 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i. - tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato alla formazione di un elenco di idonei per il seguente profilo sanitario del Comparto: Collaboratore Professionale Sanitario TECNICO DI NEUROFISOPATOLOGIA CAT. D



FONDAZIONE PTV – Policlinico Tor Vergata
Viale Oxford 81 Roma

Avviso di mobilità volontaria, per titoli ed eventuale colloquio - ex art. 30 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i. - tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato alla formazione di un elenco di idonei per il seguente profilo sanitario del Comparto:

**Collaboratore Professionale Sanitario
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA CAT. D**

In esecuzione della **Deliberazione del Commissario straordinario n. 429 dell'8/05/2020** emanata in esito ad autorizzazione regionale prot. n. 361708 del 21/04/2020, è indetto avviso di mobilità volontaria, per titoli ed eventuale colloquio - ex art. 30 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i. - tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato alla formazione di un elenco di idonei per il profilo sanitario del Comparto di **Collaboratore Professionale Sanitario TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA CAT. D.**

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare alla procedura di mobilità di cui al presente bando i soggetti in possesso dei requisiti generali e dei requisiti specifici previsti per il profilo, di seguito specificati. La carenza anche di uno solo dei requisiti richiesti comporta l'esclusione dalla selezione ovvero, qualora la carenza venga riscontrata all'atto del trasferimento, la decadenza dal diritto all'assunzione.

Requisiti Generali:

- possesso della piena idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni relative al profilo, con l'esclusione di qualsiasi limitazione ovvero di istanze rivolte all'ottenimento di inidoneità, seppur parziale;
- non aver riportato condanne penali, non aver subito nel biennio antecedente alla data di pubblicazione dell'avviso sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura scritta, non avere procedimenti disciplinari in corso.

Requisiti Specifici:

- essere dipendente a tempo indeterminato di Azienda/Ente del Servizio Sanitario Nazionale, inquadrato nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA Cat. D, con avvenuto superamento del periodo di prova;

Tutti i requisiti devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda di partecipazione e permanere alla data dell'effettivo trasferimento.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Nella **domanda di partecipazione**, redatta utilizzando **l'ALLEGATO A al presente avviso**, i candidati dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità e consapevoli delle sanzioni penali previste - ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 - quanto segue:

- cognome e nome, data e luogo di nascita, residenza, recapito telefonico, indirizzi PEC/mail, codice fiscale;
- cittadinanza, comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi di non iscrizione/cancellazione;
- sussistenza/insussistenza di condanne penali, ovvero di carichi penali pendenti (l'omessa dichiarazione, nel caso in cui sussistano condanne penali a carico, comporterà l'esclusione);
- iscrizione al relativo Ordine/Albo, ove esistente, specificando provincia, numero e decorrenza;
- titolarità di rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato presso Azienda/Ente del S.S.N., specificando sede legale dell'Azienda, qualifica di inquadramento, decorrenza del rapporto, modalità di assunzione (Concorso/mobilità ecc) e avvenuto superamento del periodo di prova;
- di non avere subito, nel biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso, sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura scritta e di non avere procedimenti disciplinari in corso;
- possesso dell'idoneità fisica di cui ai requisiti di ammissione ovvero eventuale sussistenza di limitazioni/prescrizioni all'esercizio delle mansioni connesse alle funzioni di appartenenza;
- non superamento del periodo di comporta e insussistenza di cause ostative al rapporto di impiego;
- accettazione incondizionata dell'assunzione senza esclusione di alcun profilo orario, con l'impegno a non chiedere il trasferimento presso altra Azienda/Ente per un periodo di 2 anni a decorrere dalla data di effettiva immissione in servizio presso la Fondazione PTV, a pena di esclusione dalla procedura di mobilità;



- accettazione, senza riserva, dell'utilizzo da parte della Fondazione PTV, per ogni necessaria comunicazione, del recapito PEC utilizzato per l'invio della domanda;
- consenso al trattamento dei dati personali per lo svolgimento della procedura (D.L.gs. 196/03 s.m.i.);
- accettazione, senza riserva, di tutte le prescrizioni contenute nell'avviso e nelle norme richiamate.

La domanda, presentata nei modi e nei termini di cui al presente avviso, dovrà essere datata e firmata (senza necessità di autentica - art. 39 del D.P.R. 445/00 e s.m.i.); la mancata sottoscrizione della domanda non è sanabile e costituisce motivo di esclusione dall'avviso.

Il candidato eventualmente invitato a regolarizzare la domanda di partecipazione che non ottemperi nei tempi e modi indicati sarà escluso dalla procedura. Nell'ipotesi di eventuale accertamento di dichiarazioni non rispondenti al vero la regolarizzazione non sarà consentita. Non saranno prese in considerazione domande di mobilità già acquisite agli atti dell'Amministrazione.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Alla Domanda (ALL. A) deve essere allegata obbligatoriamente la seguente documentazione:

- **ALLEGATO B - Foglio Informativo procedura di mobilità**
- **ALLEGATO C - Titoli Curriculum formativo e professionale**
- **COPIA documento d'identità in corso di validità.**

Il possesso dei requisiti di ammissione nonché i titoli utili agli effetti della valutazione di merito dovranno essere dichiarati esclusivamente utilizzando gli Allegati B/C al presente avviso, predisposti quali *dichiarazioni sostitutive di certificazione/atto di notorietà ex DPR 445/00 e smi.*

Le dichiarazioni dovranno essere complete e contenere tutti i dati riportati nel certificato originale. Qualora la domanda di partecipazione risulti sprovvista dei suddetti allegati ovvero le dichiarazioni risultino carenti di elementi sostanziali per la verifica del possesso dei requisiti di ammissione si procederà all'esclusione del candidato dalla procedura di mobilità.

I titoli relativi al curriculum formativo e professionale non hanno valore di autocertificazione se non dichiarati utilizzando l'allegato C, ai sensi e nelle forme di cui al DPR n. 445/00 e s.m.i.

Le pubblicazioni, valide solo se edite a stampa, potranno essere oggetto di valutazione solo se effettivamente allegate alla domanda ed elencate nell'allegato C.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare le dichiarazioni prodotte. Qualora dal controllo, anche a campione, emerga la non veridicità del contenuto il soggetto decadrà dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera, in applicazione delle disposizioni ex artt. 75/76 DPR n. 445/00.

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

L'avviso è pubblicato in forma integrale sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito istituzionale www.ptvonline.it, al link Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici e, *per estratto*, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – 4^a Serie Speciale "Concorsi ed Esami" (circ. R.L. 764382/18). **I termini per la presentazione della domanda di partecipazione scadono il 30° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente avviso, per estratto, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – 4^a Serie Speciale "Concorsi ed Esami".** Il termine per la presentazione della domanda è perentorio ed il mancato rispetto dello stesso determina l'esclusione dalla procedura. Qualora il giorno di scadenza sia festivo il termine è automaticamente prorogato al primo giorno successivo non festivo. Non saranno esaminate le domande trasmesse anteriormente alla pubblicazione per estratto sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana ovvero trasmesse con qualsiasi forma non prevista dal presente avviso. L'eventuale riserva di invio di documenti successivamente alla scadenza è priva di effetti.

La domanda di partecipazione deve essere indirizzata al Commissario Straordinario della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, formulata in carta semplice secondo lo schema di cui all'Allegato A)

La domanda, corredata della documentazione richiesta, scansionata in un unico file formato PDF, dovrà essere trasmessa entro le ore 23.59 della data di scadenza mediante casella PEC (Posta Elettronica Certificata) intestata al candidato, indicando in oggetto *Domanda Avviso di mobilità di CPS Tecnico di Neurofisiopatologia*, al seguente recapito PEC: **concorsi@ptvonline.postecert.it**

In ordine alla trasmissione PEC si precisa che il candidato è tenuto ad accertare la ricezione nella propria casella PEC della ricevuta di avvenuta consegna fornita dal gestore di posta (ex art. 6 D.P.R. n. 268/05) che attesta l'effettiva consegna nonché a conservare la stessa. Il candidato che accerti l'assenza della predetta ricevuta è invitato a produrre nuovamente la domanda entro i termini di scadenza del bando, pena



l'esclusione. L'Amministrazione non assume responsabilità in ordine alla mancata ricezione delle domande derivante da inesatta indicazione dell'indirizzo o da altri fattori non imputabili a colpa dell'Amministrazione.

Il recapito PEC utilizzato per la trasmissione della domanda sarà automaticamente eletto a domicilio elettronico per tutte le successive comunicazioni. L'Amministrazione non assume responsabilità in ordine al mancato recapito al candidato di comunicazioni e documentazione dipendenti da mancata o tardiva comunicazione di variazione ovvero disattivazione del recapito PEC.

La domanda trasmessa da casella PEC non intestata al candidato o da posta elettronica ordinaria, ovvero priva di file allegato, contenente file illeggibile o collegamenti che referenzino gli allegati presso server esterni produrranno l'esclusione dalla procedura.

AMMISSIONE

L'ammissione ovvero l'esclusione dei candidati dalla procedura di mobilità saranno disposte con provvedimento del Commissario Straordinario, sulla base delle dichiarazioni contenute nella domanda e nella documentazione allegata. Non è sanabile e comporta l'esclusione dalla procedura di mobilità la carenza dei requisiti di ammissione prescritti, la ricezione di domanda non sottoscritta ovvero trasmessa oltre i termini di scadenza, la ricezione di domanda priva della obbligatoria documentazione in allegato. L'eventuale esclusione sarà notificata agli interessati entro 30 giorni dalla data di approvazione del relativo provvedimento.

Tutte le informazioni relative allo svolgimento della procedura di mobilità saranno pubblicate esclusivamente sul sito internet aziendale www.ptvonline.it ([link Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici/sezione dedicata](#)) con valore di notifica ad ogni effetto di legge.

Il candidato è tenuto a consultare il sito per prendere visione dell'elenco dei *candidati ammessi* nonché di tutti i successivi aggiornamenti relativi allo svolgimento della procedura.

COMMISSIONE – VALUTAZIONE – ELENCO FINALE IDONEI

COMMISSIONE

Alla Commissione è riservata la più ampia autonomia discrezionale nella verifica della professionalità posseduta dai candidati, esercitabile anche con l'individuazione di soggetti non idonei.

La Commissione deputata alla valutazione dei candidati sarà nominata alla scadenza dell'avviso, con provvedimento del Commissario Straordinario, secondo la seguente composizione:

- **Presidente:** Dirigente delle Professioni Tecnico Sanitarie;
- **Componenti:** 2 (due) dipendenti del ruolo sanitario del medesimo profilo a selezione cat. D/Ds;
- **Segretario:** dipendente del ruolo amministrativo inquadrato almeno nella cat. C.

VALUTAZIONE

- La selezione è effettuata mediante valutazione dei titoli.
- La Commissione ha altresì facoltà di convocare, a propria discrezione e verbalizzando tale determinazione, specifico colloquio.
- La Commissione, presa visione del bando, elabora in sede di riunione preliminare i criteri di valutazione. Il Colloquio, qualora convocato, deve svolgersi garantendo la distanza di sicurezza interpersonale ovvero anche per via telematica secondo la normativa vigente.

Valutazione titoli: alla valutazione dei titoli potrà essere attribuito un massimo di 30 punti.

La valutazione è effettuata mediante assegnazione di un punteggio a ciascuna delle categorie di titoli di seguito descritti, secondo i criteri di valutazione preliminarmente stabiliti:

- Titoli di carriera: max 15 punti - è valutata l'attività di servizio prestata nella pubblica amministrazione, tenuto conto delle assenze a vario titolo effettuate nell'ultimo triennio, di eventuali ridotte capacità lavorative, anche temporanee (esonero turni, malattie professionali, ecc.) e di eventuali procedimenti di natura disciplinare nell'ultimo biennio;
- Titoli di studio/accademici: max 3 punti - sono valutati i titoli di studio e accademici attinenti alla professionalità;
- Pubblicazioni: max 2 punti - sono valutate solo ove edite a stampa ed allegate alla domanda;
- Titoli di formazione: max 10 punti - sono valutati, a discrezione della Commissione, i corsi di specializzazione, di formazione, perfezionamento e aggiornamento attinenti alla professionalità ricercata.

Le dichiarazioni sostitutive rese in modo generico o incompleto non saranno valutate.



Colloquio: il Colloquio sarà convocato a discrezione della Commissione qualora la stessa ritenga necessario procedere al riscontro e all'approfondimento dei titoli e delle specifiche competenze dichiarate dai candidati nonché alla verifica delle attitudini e degli aspetti motivazionali dei medesimi.

Per la valutazione del colloquio la Commissione avrà a disposizione un massimo 30 punti: *non sarà considerato idoneo il candidato che riporti nel Colloquio una valutazione inferiore a 21/30.*

Il Colloquio sarà convocato non meno di 5 giorni prima della data fissata, esclusivamente mediante pubblicazione di specifico avviso con valore di notifica ad ogni effetto di legge sul sito internet www.ptvonline.it, al link Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici.

Il predetto avviso conterrà anche le modalità tecniche di svolgimento del Colloquio.

I candidati sono pertanto tenuti a consultare il link dedicato alla procedura sul sito www.ptvonline.it, dove saranno pubblicate tutte le informazioni relative. La mancata presentazione nel giorno, ora e sede stabiliti per il colloquio comporterà l'esclusione dalla procedura di mobilità, qualunque sia la causa.

ELENCO FINALE IDONEI

L'Elenco finale degli idonei sarà formulato dalla Commissione e includerà i candidati secondo il punteggio riportato nella valutazione titoli e, qualora convocato il colloquio, i soli candidati risultati idonei allo stesso (minimo 21/30), secondo il punteggio finale derivante dalla somma dei punti riportati nella valutazione titoli e nel colloquio.

A parità di valutazione finale, la precedenza sarà accordata ai soggetti in possesso dei seguenti requisiti, secondo l'ordine di specificato:

- 1) *minore età*
- 2) *n° dei figli minori a carico*
- 3) *beneficiario diritti L. 104/92*
- 4) *beneficiario diritti L. 104/92 per congiunti.*

L'Elenco finale degli idonei sarà trasmesso al Commissario Straordinario della Fondazione Policlinico Tor Vergata che, previo accertamento della regolarità dei lavori, procederà alla sua approvazione.

L'Elenco finale degli idonei sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito istituzionale www.ptvonline.it, al link Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici (circ. R.L. 764382/2018).

COSTITUZIONE RAPPORTO DI LAVORO

La costituzione del rapporto di lavoro avviene, pena decadenza dal diritto al trasferimento, mediante formale stipula di contratto individuale di lavoro atto a perfezionare la cessione del rapporto di lavoro. Ai fini giuridici ed economici la mobilità decorre dalla data dell'effettiva immissione in servizio riportata sul contratto individuale di lavoro. L'assunzione è intesa con contratto di lavoro a tempo pieno, il candidato che si trovasse presso l'Amministrazione di appartenenza in posizione di part-time può sottoscrivere l'eventuale contratto solo per la posizione a tempo pieno. Le ferie/ore maturate e non fruiti presso l'Azienda di provenienza non saranno riconosciute. La Fondazione PTV si riserva la facoltà di non procedere all'assunzione qualora i termini di trasferimento risultino incompatibili con le proprie esigenze.

TRATTAMENTO DATI PERSONALI – RITIRO DOCUMENTAZIONE

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i. i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane per le finalità di gestione dell'avviso e saranno trattati, presso una banca dati 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 dalla procedura. 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 il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari, tra cui il diritto di 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" - U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - Viale Oxford, 81 - 00133 Roma. Il responsabile del trattamento è il Direttore della U.O.C. suddetta. La documentazione presentata in originale potrà essere ritirata - personalmente o da incaricato munito di delega, previo riconoscimento tramite documento d'identità valido - trascorsi 180 giorni dalla data di pubblicazione sul sito web aziendale della deliberazione di approvazione dell'Elenco finale idonei 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 di mobilità nazionale è pubblicato in formato integrale sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito istituzionale www.ptvonline.it, al link Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici e, *per estratto*, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – 4^a Serie Speciale “*Concorsi ed Esami*”, pubblicazione dalla quale decorreranno i termini per la presentazione della domanda.

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

Per eventuali informazioni contattare la U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane PEC acquisizione@ptvonline.postecert.it - MAIL roberta.puniello@ptvonline.it

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dr.ssa Tiziana FRITTELLI

firmato



ALLEGATO A) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

(dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.)

Al Commissario straordinario
Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata
 PEC concorsi@ptvonline.postecert.it

Il/La sottoscritto/a, COGNOME _____ NOME _____

PRESA VISIONE

dell'Avviso di mobilità volontaria, per titoli ed eventuale colloquio - ex art. 30 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i. - tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato alla formazione di un elenco di idonei per il seguente profilo sanitario del Comparto: Collaboratore Professionale Sanitario - TECNICO DI NEUROFISOPATOLOGIA CAT. D, indetto dalla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata con D.C.S. n. _____ del _____ pubblicato sul B.U.R.L. n. _____ del _____ e, per estratto, sulla G.U. 4ª S.S. *Concorsi ed Esami* n. _____ del _____:

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO ALLA PROCEDURA DI MOBILITÀ

e, a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 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 RESPONSABILITÀ'

(barrare/compilare le voci che interessano)

- di essere nato/a a _____ (____) il _____
- di essere residente nel comune di _____ (____)
 Via _____ n. _____ CAP _____
 Tel. _____ email _____ @ _____
 PEC _____ @ _____
- codice fiscale _____
- di essere cittadino/a _____
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di _____ (____)
ovvero di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare motivi della non iscrizione) _____
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti
ovvero di avere riportato condanne penali e di avere procedimenti penali pendenti (indicare eventuali condanne penali e/o procedimenti pendenti) _____
- (*solo ove esistente*) di essere iscritto al relativo Ordine/Albo con n° pos _____
 provincia di _____ data iscrizione _____
- di essere dipendente con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato della seguente Azienda/Ente _____
 Sede legale _____ a far data dal _____
 inquadrato nel profilo di _____ cat. _____
 assegnato al/alla seguente servizio/struttura operativa _____
- di aver superato il periodo di prova
- di non avere subito, nel biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso, sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura scritta e di non avere procedimenti disciplinari in corso
- di essere in possesso della idoneità fisica all'esercizio delle mansioni connesse alle funzioni di appartenenza **ovvero** di avere le seguenti limitazioni/prescrizioni (riportate nell'Allegato B)
- di non aver superato il periodo di comporto/di non avere cause ostative al mantenimento del rapporto di pubblico impiego
- di accettare incondizionatamente l'assunzione a tempo pieno senza esclusione di alcun profilo orario e di impegnarsi, qualora risultasse vincitore dell'avviso di mobilità, a non chiedere il trasferimento presso altra Azienda per un periodo di 2 anni a decorrere dalla data di effettiva immissione in servizio
- di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali
- di prendere atto che per ogni necessaria comunicazione sarà impiegato il recapito PEC utilizzato dal sottoscritto per l'invio della presente domanda



- di accettare, senza riserva, tutte le prescrizioni e precisazioni contenute nel presente avviso e tutte le norme in esso richiamate

Il/La sottoscritto/a accetta le condizioni fissate dal bando 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".

Il/La sottoscritto/a allega obbligatoriamente alla presente domanda (all. A) la sotto elencata documentazione, compilata, datata e firmata:

- **ALLEGATO B - FOGLIO INFORMATIVO PROCEDURA DI MOBILITÀ**
- **ALLEGATO C - CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**
- **COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ**

Il/La sottoscritto/a allega inoltre alla presente domanda

- **N. _____ pubblicazioni**

Data _____

In fede _____


ALLEGATO B) FOGLIO INFORMATIVO PROCEDURA DI MOBILITÀ

(dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.)

 Il/La sottoscritto/a, **COGNOME** _____ **NOME** _____

IN RELAZIONE ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

all'Avviso di mobilità volontaria, per titoli ed eventuale colloquio - ex art. 30 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i. - tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato alla formazione di un elenco di idonei per il seguente profilo sanitario del Comparto: Collaboratore Professionale Sanitario - TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA CAT. D

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 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 RESPONSABILITÀ IL SEGUENTE STATO GIURIDICO

(riferito all'attuale rapporto di lavoro)

(barrare/compilare le voci che interessano)

 RAPPORTO DI DIPENDENZA SI NO

 TEMPO INDETERMINATO SI NO

 Decorrenza TI: _____/_____/_____ - periodo di prova superato: SI NO

Profilo/qualifica: _____

Disciplina: _____

Azienda/Ente di appartenenza: _____

Sede legale Az./Ente: _____

 Modalità di assunzione: concorso pubblico mobilità altro *

*specifica "altro" _____

U.O./Servizio di assegnazione: _____

 Orario di servizio: T. Pieno Part Time al _____% tipo PT: orizzontale verticale misto

 Titolare di incarico: SI NO n° incarichi: _____

Denominazione incarico 1: _____

decorrenza incarico 1: dal _____/_____/_____ al _____/_____/_____

Denominazione incarico 2: _____

decorrenza incarico 2: dal _____/_____/_____ al _____/_____/_____

Denominazione incarico 3: _____

decorrenza incarico 3: dal _____/_____/_____ al _____/_____/_____

 Attualmente in distacco SI NO

 Attualmente in aspettativa SI NO - tipologia: _____

 Attualmente in comando SI NO

 se SI, specifica decorrenza: _____/_____/_____ - _____/_____/_____ e se anzianità decorre non decorre

 giorni di assenza ultimo triennio: _____ di cui n. ___ per malattia n. ___ per infortunio n. ___ altro*

*specifica "altro" _____

 Limitazioni/prescrizioni: SI NO

 Invalidità civile: SI NO

 Fruizione di diritti ex lege 104: SI NO beneficiario per congiunti

 Genitore figli minori anni 3: SI NO n° _____

 Sanzioni disciplinari nel biennio antecedente la data di pubblicazione del presente avviso: SI NO

 Sanzioni disciplinari antecedenti l'ultimo biennio: SI NO

se SI, specifica sanzione: _____

 Valutazioni negative a seguito di verifica dei risultati e/o attività SI NO
TRATTAMENTO ECONOMICO IN GODIMENTO (profili del COMPARTO SSN)

VOCI (compilare voci che interessano)	IMPORTO MENSILE
Stipendio base	
Valore comune ex I.Q.P.	
Indennità prof.le specifica	

Data, _____

In fede _____

ATTENZIONE: Qualora la domanda di partecipazione risulti sprovvista del presente allegato ovvero la dichiarazione risulti carente di elementi sostanziali si procederà all'esclusione dalla procedura di mobilità.



ALLEGATO C) CURRICULUM FORMATIVO-PROFESSIONALE
(dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.)
Il/La sottoscritto/a, COGNOME _____ NOME _____
IN RELAZIONE ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

all'Avviso di mobilità volontaria, per titoli ed eventuale colloquio - ex art. 30 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i. - tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato alla formazione di un elenco di idonei per il seguente profilo sanitario del Comparto: Collaboratore Professionale Sanitario - TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA CAT. D

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 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' IL SEGUENTE CURRICULUM FORMATIVO-PROFESSIONALE

(barrare/compilare le voci che interessano)

1. TITOLI DI STUDIO/ACCADEMICI
 Laurea Spec./Mag. Diploma di Laurea Laurea Diploma SS II° gr.

in _____

conseguita in data _____ con voto ____/____ Durata corso di studi: _____ ANNI

presso _____

sede legale _____

 se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza _____ rilasciato in data _____ da _____

 ALTRA: Laurea Spec./Mag. Diploma di Laurea Laurea Diploma SS II° gr.

in _____

conseguita in data _____ con voto ____/____ Durata corso di studi: _____ ANNI

presso _____

sede legale _____

 se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza _____ rilasciato in data _____ da _____

 Dottorato di ricerca Master I° liv. Master II° liv. Diploma di Specializzazione

in _____

conseguita in data _____ con voto ____/____ Durata corso di studi: _____ ANNI

presso _____

sede legale _____

 se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza _____ rilasciato in data _____ da _____

 Dottorato di ricerca Master I° liv. Master II° liv. Diploma di Specializzazione

conseguita in data _____ con voto ____/____ Durata corso di studi: _____ ANNI

presso _____

sede legale _____

 se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza _____ rilasciato in data _____ da _____

2. ISCRIZIONE ALBO/ORDINE

ALBO/ORDINE _____ PROV. _____ N° _____ DATA _____




3. ESPERIENZE DI SERVIZIO (apporte n° progressivo per ciascun titolo)

N. _____
Azienda/Ente _____
Sede legale _____
Tipo Azienda/Ente Azienda/Ente del S.S.N. Azienda/Ente convenzionato con il SSN
 altra P.A. Azienda/Ente privato

Profilo/qualifica _____
Struttura di appartenenza _____
Decorrenza rapporto: dal _____ al _____
Tipo contratto COMPARTO SSN LIBERO PROF.LE* CO.CO.CO.*
 T. indeterminato T. determinato
 tempo pieno n. ____ ore sett. part-time al ____ %: n. ____ ore sett.
 *Indicare Ore settimanali _____

Qualora ricorrano interruzioni per aspettativa/congedo o altre assenze n.r. specificare:

Periodo dal _____ al _____ - motivazione assenza _____
 Periodo dal _____ al _____ - motivazione assenza _____

Se servizio prestato presso Aziende/Enti SSN specificare se: RICORRONO NON RICORRONO

le condizioni di cui all'art. 46 DPR 761/79, ultimo comma "mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore a 5 anni"

N. _____
Azienda/Ente _____
Sede legale _____
Tipo Azienda/Ente Azienda/Ente del S.S.N. Azienda/Ente convenzionato con il SSN
 altra P.A. Azienda/Ente privato

Profilo/qualifica _____
Struttura di appartenenza _____
Decorrenza rapporto: dal _____ al _____
Tipo contratto COMPARTO SSN LIBERO PROF.LE* CO.CO.CO.*
 T. indeterminato T. determinato
 tempo pieno n. ____ ore sett. part-time al ____ %: n. ____ ore sett.
 *Indicare Ore settimanali _____

Qualora ricorrano interruzioni per aspettativa/congedo o altre assenze n.r. specificare:

Periodo dal _____ al _____ - motivazione assenza _____
 Periodo dal _____ al _____ - motivazione assenza _____

Se servizio prestato presso Aziende/Enti SSN specificare se: RICORRONO NON RICORRONO

le condizioni di cui all'art. 46 DPR 761/79, ultimo comma "mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore a 5 anni"

N. _____
Azienda/Ente _____
Sede legale _____
Tipo Azienda/Ente Azienda/Ente del S.S.N. Azienda/Ente convenzionato con il SSN
 altra P.A. Azienda/Ente privato

Profilo/qualifica _____
Struttura di appartenenza _____
Decorrenza rapporto: dal _____ al _____
Tipo contratto COMPARTO SSN LIBERO PROF.LE* CO.CO.CO.*
 T. indeterminato T. determinato
 tempo pieno n. ____ ore sett. part-time al ____ %: n. ____ ore sett.
 *Indicare Ore settimanali _____

Qualora ricorrano interruzioni per aspettativa/congedo o altre assenze n.r. specificare:

Periodo dal _____ al _____ - motivazione assenza _____
 Periodo dal _____ al _____ - motivazione assenza _____

Se servizio prestato presso Aziende/Enti SSN specificare se: RICORRONO NON RICORRONO

le condizioni di cui all'art. 46 DPR 761/79, ultimo comma "mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore a 5 anni"



4. ESPERIENZE FORMATIVE (apporre n° progressivo per ciascun titolo)

➤ PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO

n. _____ TIPO: aggiornamento convegno congresso seminario altro _____

Titolo: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____

in qualità di: uditore relatore - senza esame con esame (voto) ____ - ECM no si n° _____

n. _____ TIPO: aggiornamento convegno congresso seminario altro _____

Titolo: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____

in qualità di: uditore relatore - senza esame con esame (voto) ____ - ECM no si n° _____

n. _____ TIPO: aggiornamento convegno congresso seminario altro _____

Titolo: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____

in qualità di: uditore relatore - senza esame con esame (voto) ____ - ECM no si n° _____

n. _____ TIPO: aggiornamento convegno congresso seminario altro _____

Titolo: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____

in qualità di: uditore relatore - senza esame con esame (voto) ____ - ECM no si n° _____

n. _____ TIPO: aggiornamento convegno congresso seminario altro _____

Titolo: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____

in qualità di: uditore relatore - senza esame con esame (voto) ____ - ECM no si n° _____

n. _____ TIPO: aggiornamento convegno congresso seminario altro _____

Titolo: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____

in qualità di: uditore relatore - senza esame con esame (voto) ____ - ECM no si n° _____

n. _____ TIPO: aggiornamento convegno congresso seminario altro _____

Titolo: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____

in qualità di: uditore relatore - senza esame con esame (voto) ____ - ECM no si n° _____





➤ **ATTIVITÀ DI DOCENZA/ALTRE ATTIVITÀ**

N. _____ **DOCENZA** **ALTRA ATTIVITÀ**

ATTIVITÀ SVOLTA: _____

Tipo Azienda: Università Scuola sec. di II° Azienda/Ente S.S.N. Altra P.A. privato

Corso: _____

Materia: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____ n. ____ ore annuali

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO _____

N. _____ **DOCENZA** **ALTRA ATTIVITÀ**

ATTIVITÀ SVOLTA: _____

Tipo Azienda: Università Scuola sec. di II° Azienda/Ente S.S.N. Altra P.A. privato

Corso: _____

Materia: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____ n. ____ ore annuali

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO _____

N. _____ **DOCENZA** **ALTRA ATTIVITÀ**

ATTIVITÀ SVOLTA: _____

Tipo Azienda: Università Scuola sec. di II° Azienda/Ente S.S.N. Altra P.A. privato

Corso: _____

Materia: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____ n. ____ ore annuali

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO _____

N. _____ **DOCENZA** **ALTRA ATTIVITÀ**

ATTIVITÀ SVOLTA: _____

Tipo Azienda: Università Scuola sec. di II° Azienda/Ente S.S.N. Altra P.A. privato

Corso: _____

Materia: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____ n. ____ ore annuali

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO _____

N. _____ **DOCENZA** **ALTRA ATTIVITÀ**

ATTIVITÀ SVOLTA: _____

Tipo Azienda: Università Scuola sec. di II° Azienda/Ente S.S.N. Altra P.A. privato

Corso: _____

Materia: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____ n. ____ ore annuali

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO _____


5. PUBBLICAZIONI (apporre n° progressivo per ciascuna pubblicazione e riportarlo sulla copia cartacea)

 > **Totale PUBBLICAZIONI:** _____

N. _____ **AUTORE** **COAUTORE**
TITOLO: _____

in lingua: _____ n. pagine ____ - da pag. ____ a pag. ____ data: _____

 tipo: monografia articolo abstract poster altro _____

 pubblicata su: rivista scientifica _____

 atti Congresso _____

 altro _____

 allegata alla presente SI NO

N. _____ **AUTORE** **COAUTORE**
TITOLO: _____

in lingua: _____ n. pagine ____ - da pag. ____ a pag. ____ data: _____

 tipo: monografia articolo abstract poster altro _____

 pubblicata su: rivista scientifica _____

 atti Congresso _____

 altro _____

 allegata alla presente SI NO

N. _____ **AUTORE** **COAUTORE**
TITOLO: _____

in lingua: _____ n. pagine ____ - da pag. ____ a pag. ____ data: _____

 tipo: monografia articolo abstract poster altro _____

 pubblicata su: rivista scientifica _____

 atti Congresso _____

 altro _____

 allegata alla presente SI NO

N. _____ **AUTORE** **COAUTORE**
TITOLO: _____

in lingua: _____ n. pagine ____ - da pag. ____ a pag. ____ data: _____

 tipo: monografia articolo abstract poster altro _____

 pubblicata su: rivista scientifica _____

 atti Congresso _____

 altro _____

 allegata alla presente SI NO

N. _____ **AUTORE** **COAUTORE**
TITOLO: _____

in lingua: _____ n. pagine ____ - da pag. ____ a pag. ____ data: _____

 tipo: monografia articolo abstract poster altro _____

 pubblicata su: rivista scientifica _____

 atti Congresso _____

 altro _____

 allegata alla presente SI NO

