

REGIONE MARCHE  
AZIENDA OSPEDALIERA "OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD"  
- PESARO -  
Presidi Ospedalieri di Pesaro e Fano

AVVISO

**DI MOBILITA' PER LA COPERTURA DI N. 1 (uno) POSTO DI COLLABORATORE  
PROFESSIONALE SANITARIO FISIOTERAPISTA CAT. D**

In esecuzione della determina n. 766 del 17/10/2011

**E' INDETTO**

l'Avviso Pubblico di mobilità volontaria per la copertura di n. 1 (uno) posto di **COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO FISIOTERAPISTA CAT. D**, ai sensi dell'art. 19 del C.C.N.L. Comparto Sanità 20.09.2001 e dell'art. 30 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

**REQUISITI DI AMMISSIONE:**

Per la partecipazione alla procedura di mobilità è prescritto il possesso dei seguenti requisiti:

- a) essere in servizio a tempo indeterminato presso Aziende o Enti del S.S.N. o in altra Pubblica Amministrazione;
- b) essere inquadrato nel profilo professionale di **Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista - cat. D.**;**
- c) aver superato il periodo di prova nel profilo professionale di cui sopra;
- d) avere la piena idoneità fisica al posto da ricoprire senza alcuna limitazione;
- e) non aver subito sanzioni disciplinari e non aver procedimenti in corso;

I requisiti sopra indicati devono essere posseduti, a pena d'esclusione, alla data di scadenza del termine stabilito dal presente bando per la presentazione delle domande di ammissione e permanere alla data dell'effettivo trasferimento.

**MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AMMISSIONE**

Le domande di partecipazione all'avviso, redatte in carta semplice secondo il modello allegato al presente bando e dirette al *Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" di Pesaro, viale Trieste 391 - 61121 Pesaro*, devono essere inoltrate tramite servizio postale (racc. A.R.) oppure presentate in busta chiusa direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda, stesso indirizzo, dalle ore 11,00 alle ore 13,00 di tutti i giorni feriali, escluso il sabato. All'esterno della busta deve essere indicato il **MITTENTE** e deve essere riportata la seguente dicitura: **"il presente plico contiene domanda di ammissione all'avviso di mobilità per n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista cat. D"**.

Gli operatori dell'Azienda non sono abilitati né tenuti al controllo circa la regolarità della domanda e dei relativi allegati.

**La presentazione di domanda priva di sottoscrizione comporterà l'esclusione dalla procedura**

La firma in calce alla domanda deve essere sottoscritta in forma leggibile e per esteso dall'interessato.

Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 445/2000 la sottoscrizione non necessita di autenticazione.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni prodotte nonché di richiedere la documentazione relativa prima di emettere il provvedimento finale favorevole. In caso di falsa dichiarazione si applicano le disposizioni di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, con la conseguente decadenza dai benefici connessi alla procedura di mobilità.

Le domande devono pervenire, a pena di esclusione, entro il giorno

**15 dicembre 2011**

- 20 (venti) giorni dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale -.

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

Per le domande inoltrate a mezzo servizio postale, la data di spedizione è comprovata dal timbro a data dell'Ufficio postale accettante. Non saranno comunque ammessi al concorso i concorrenti le cui domande, ancorché presentate nei termini all'Ufficio postale accettante, perverranno con un ritardo superiore a 15 giorni e comunque dopo la data di adozione della delibera di ammissione dei concorrenti.

Il termine per la presentazione delle domande e dei titoli è perentorio; la produzione o la riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

L'Amministrazione non assume responsabilità per eventuali dispersioni, ritardi o disguidi non imputabili a colpa della Amministrazione stessa.

Non saranno considerate eventuali istanze di mobilità pervenute **prima** della pubblicazione del presente avviso.

**Nella domanda di partecipazione gli aspiranti devono dichiarare sotto la propria responsabilità:**

- 1) cognome e nome, data e luogo di nascita e la residenza;
- 2) il profilo professionale e la disciplina di appartenenza;
- 3) l'avvenuto superamento del periodo di prova;
- 4) i titoli di studio posseduti;
- 5) l'assenza di sanzioni disciplinari subite o in corso;
- 6) l'esatta denominazione dell'Azienda o Ente presso la quale prestano servizio a tempo indeterminato;
- 8) il possesso dell'idoneità fisica di cui alla lettera d) dei requisiti di ammissione;
- 9) di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003;
- 10) il domicilio, compreso un recapito telefonico, presso il quale deve essere fatta, ad ogni effetto, ogni necessaria comunicazione inerente il presente avviso. In caso di mancata indicazione vale ad ogni effetto la residenza di cui al precedente punto 1) sopraccitato.

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

I concorrenti devono obbligatoriamente allegare alla domanda:

- a) titolo di studio;
- b) certificato di servizio, in originale o copia autentica, integrato con i dati stipendiali e con l'indicazione del superamento del periodo di prova;

- c) tutti quei documenti e titoli, anche relativi a situazioni familiari e sociali, che credano opportuno presentare nel proprio interesse agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria;
- d) un **curriculum formativo e professionale**, redatto su carta semplice, datato e firmato (*si precisa che le dichiarazioni effettuate nel curriculum non supportate da documentazione o da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà non saranno oggetto di valutazione*);
- e) un **elenco**, in copia e in carta semplice, datato e firmato dei documenti e dei titoli presentati;
- f) copia non autenticata di un valido documento di identità.

Il candidato, in luogo delle certificazioni rilasciate dall'Autorità competente, può presentare dichiarazioni sostitutive e, più precisamente:

- **dichiarazione sostitutiva di certificazione:** art. 46, DPR n. 445 del 28/12/2000, (es. stato di famiglia, possesso del titolo di studio);
- **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà:** per tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nell'elenco di cui all'art. 46 del DPR 28/12/2000, n. 445, (ad es. attività di servizio, conformità di copie agli originali, ecc....., art. 18, 19 e 47, DPR n. 445/2000).

Si rammenta che la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà può essere resa:

- a) dinanzi al funzionario addetto ovvero dinanzi ad un notaio, cancelliere, segretario comunale o altro funzionario incaricato dal sindaco;
- b) spedita o inviata unitamente a fotocopia di documento di riconoscimento del sottoscrittore (art. 38 e 47 del D.P.R. 445/00, come da **fac-simile allegato**).

**La dichiarazione resa dal 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. Pertanto, nell'interesse del candidato, si suggerisce di allegare - in fotocopia semplice dichiarata conforme all'originale con le modalità suindicate - tutta la documentazione a corredo della domanda.**

Con particolare riferimento al servizio prestato, la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà deve contenere l'esatta denominazione dell'Ente, precisando se si tratta di struttura pubblica o privata convenzionata/accreditata ecc., il profilo professionale, il tipo di rapporto di lavoro (a tempo indeterminato o determinato, a rapporto esclusivo o non esclusivo), le date di inizio e di conclusione del servizio, le eventuali interruzioni (aspettative, sospensioni ecc.) e quant'altro necessario per valutare il servizio stesso.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni fatte nonché di richiedere eventuale documentazione prima di emettere il provvedimento finale favorevole. In caso di false dichiarazioni si incorrerà nelle sanzioni previste dalla legge.

In caso di accertamento di indicazioni non rispondenti a veridicità, ai sensi dell'art. 75 del DPR 28/12/2000, n. 445 il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Le domande e i documenti per la partecipazione ai concorsi non sono soggetti all'imposta di bollo.

#### **AMMISSIBILITA' E COMMISSIONE ESAMINATRICE**

L'accertamento del possesso dei requisiti sarà effettuato dalla U.O.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane dell'Azienda.

Eventuali irregolarità della domanda, che non comportano l'esclusione dalla procedura, dovranno essere regolarizzate entro il termine stabilito dalla Struttura di cui sopra; la mancata regolarizzazione comporterà l'esclusione dalla procedura.

La Commissione Esaminatrice sarà nominata dal Direttore Generale e composta da:

- Direttore Sanitario (o suo delegato) con funzioni di Presidente,
- due componenti esperti nella materia,
- un dipendente amministrativo del Servizio Personale di categoria non inferiore alla "C", con funzioni di segretario verbalizzante.

#### **VALUTAZIONE TITOLI E COLLOQUIO**

La Commissione ha a disposizione complessivamente **50 punti** così ripartiti:

- **30 punti** per la valutazione dei **titoli** così come segue:
- |  |          |
|--|----------|
| 1) <i>Titoli di carriera.</i>                  | Punti 15 |
| 2) <i>Titoli accademici di studio</i>          | Punti 5  |
| 3) <i>Pubblicazioni e titoli scientifici</i>   | Punti 3  |
| 4) <i>Curriculum formativo e professionale</i> | Punti 7  |

In analogia a quanto stabilito dall'art. 8, comma 3, del D.P.R. 27 marzo 2001 n. 220 il punteggio massimo attribuibile è di punti 30. La ripartizione dei punti tra le suddette categorie verrà stabilita dalla Commissione Esaminatrice e riportata a verbale.

La Commissione deputata all'esame dei titoli si atterrà in analogia a quanto disposto dall'art. 20 e a quanto contenuto al Titolo II del citato D.P.R. n. 220/01.

➤ **20 punti** per la valutazione del **colloquio**.

Il colloquio verterà sulle materie inerenti il profilo professionale oggetto del presente avviso, le specifiche conoscenze e competenze possedute dal candidato ed acquisite nel corso dell'attività lavorativa.

La Commissione, immediatamente prima del colloquio, predeterminerà i criteri e le modalità di valutazione ai fini dell'assegnazione del punteggio.

Il superamento del colloquio è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza pari a **14/20**.

**Il diario del colloquio sarà reso noto esclusivamente mediante un Avviso con indicazione del luogo, data e orario di presentazione, pubblicato sul seguente sito Aziendale:**  
- <http://ao.sansalvatore.regione.marche.it> -  
**con almeno 10 giorni di anticipo rispetto alla prova.**

Gli aspiranti che non si presenteranno al colloquio saranno dichiarati decaduti dalla selezione qualunque sia la causa dell'assenza, anche se indipendente dalla loro volontà.

#### **GRADUATORIA**

La graduatoria di merito è formulata dalla Commissione Esaminatrice secondo l'ordine dei punti complessivi ottenuti da ciascun candidato nella valutazione dei titoli e nel colloquio.

A parità di valutazione saranno prese in considerazione documentate situazioni familiari (ricongiunzione del nucleo familiare, numero dei famigliari, ecc.).

In caso di ulteriore parità precede il candidato più giovane di età.  
La graduatoria avrà validità di un anno.

#### **COSTITUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO**

I vincitori dovranno presentare all'Azienda Ospedaliera, prima della stipulazione del contratto individuale, la documentazione comprovante il possesso dei requisiti nonché i titoli prescritti per il profilo professionale ricoperto.

La nomina decorrerà agli effetti giuridici ed economici dalla data di effettivo inizio del servizio che sarà fissata in sede di stipulazione del contratto individuale di lavoro a norma del CCNL per il personale del Comparto Sanità.

Il rapporto di lavoro è a tempo indeterminato e **pieno**.

Decadrà dall'impiego chi l'abbia conseguito mediante la presentazione di documenti falsi o viziati di invalidità non sanabile.

Con l'assunzione in servizio è implicita l'accettazione, senza riserve, di tutte le disposizioni che disciplinano e disciplineranno lo stato giuridico ed economico dei dipendenti di questa Amministrazione.

### **NORME FINALI**

**Coloro che avessero già presentato domanda di trasferimento anteriormente alla data del presente avviso dovranno presentare una nuova domanda con le modalità ed entro i termini stabiliti dall'avviso stesso.**

Si richiama la Legge 10.04.1991 n. 125 che garantisce pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro come anche previsto dall'art. 57 del D. Lgs. n. 165/2001.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, riaprire i termini, sospendere, revocare o modificare, in tutto o in parte, il presente avviso di mobilità.

Informativa ai sensi dell'art. 13 della Legge n. 196/2003 e ss. mm.: si informano i partecipanti alla presente procedura che i dati personali e sensibili ad essi relativi saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda con modalità sia manuale sia informatizzata, esclusivamente al fine di poter assolvere tutti gli obblighi giuridici collegati all'espletamento della presente procedura.

Per quanto non contemplato nel presente bando, si fa rinvio alle norme vigenti in materia.

Per eventuali informazioni rivolgersi alla U.O.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane dell'azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" - Viale Trieste n. 391 - Pesaro, Tel. 0721/366382 - 366210 - 366205, dalla ore 10,00 alle ore 12,00 di tutti i giorni feriali, escluso il sabato.

**Il Direttore Generale**

*(Dr. Aldo Ricci)*

**N.B.**

Il presente bando sarà pubblicato e disponibile sul seguente sito:  
**<http://ao-sansalvatore.regione.marche.it>**

**Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliera  
"Ospedali Riuniti Marche Nord"  
Viale Trieste, 391  
61121 - Pesaro**

Il/la sottoscritto/a.....

**C H I E D E**

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura pubblica di mobilità per la copertura di n. 1 (uno) posto di **Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista - cat. D.**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti. Consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità dichiara:

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
2. di essere residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_;
3. di essere inquadrato nel profilo professionale di \_\_\_\_\_  
categoria: \_\_\_\_\_ fascia retributiva \_\_\_\_\_;
4. di aver superato il periodo di prova;
5. di essere in possesso del titolo di studio di \_\_\_\_\_  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
6. di essere dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato della seguente Pubblica Amministrazione (indirizzo completo dell'Azienda di appartenenza) \_\_\_\_\_;
7. di non aver subito sanzioni disciplinari e di non aver procedimenti disciplinari in corso;
8. di essere in possesso dell'idoneità fisica al posto da ricoprire senza alcuna limitazione;
9. di prestare il consenso al trattamento dei dati personali secondo il D. Lgs. n. 196/2003.

Chiede inoltre che ogni eventuale comunicazione venga fatta al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_recapito telefonico \_\_\_\_\_ .

Allega i seguenti documenti:

- **curriculum formativo e professionale datato e firmato;**
- **elenco dei documenti e dei titoli prodotti datato e firmato;**
- **copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;**
- **-----.**

Distinti saluti.

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'**

**Concernente fatti, stati o qualità personali a diretta conoscenza  
dell'interessato  
(artt. 19 e 47, DPR n. 445/00)**

Il sottoscritto.....

nato a ..... il .....

residente in .....Via .....

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76, D.P.R. 28.12.2000, n.445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti. Consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che le fotocopie dei seguenti documenti:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

sono la riproduzione totale o parziale dei corrispondenti originali in mio possesso.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(il dichiarante)

**Si allega fotocopia del documento di identità in corso di validità.**

