



AVVISO DI MOBILITA' VOLONTARIA INTERNA PER LA COPERTURA DI POSTI VACANTI DI "OPERATORE SOCIO SANITARIO – OSS" A TEMPO INDETERMINATO – CATEGORIA B PRESSO I SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI

SCADENZA ore 12.00 del 21/11/2016

IL DIRETTORE

Visto il vigente Regolamento sull'ordinamento degli uffici e servizi

RENDE NOTO

che è indetta una procedura di mobilità volontaria interna per la copertura di due posti vacante di "OPERATORE SOCIO SANITARIO – OSS" - Cat. B – uno presso il Centro "A m'arcord" e uno presso il Centro Diurno Anziani "Cassiano Tozzoli"

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Possono presentare la domanda i dipendenti di ASP in servizio a tempo indeterminato, in possesso dei seguenti requisiti:

profilo di Operatore Socio Sanitario - OSS

inquadramento in categoria B

possesso patente di guida

assenza di limitazioni allo svolgimento della mansione di OSS in servizi per anziani non autosufficienti a regime diurno

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

Il personale dipendente interessato deve presentare apposita domanda firmata in calce senza necessità di autentica (art. 39 D.P.R. n. 445/2000) e redatta in carta semplice secondo lo schema allegato, unitamente al Curriculum formativo e professionale datato e firmato.

Può partecipare alla selezione anche il personale a tempo indeterminato e parziale, purchè sia disponibile a rientrare a tempo pieno prima dell'eventuale assegnazione al nuovo servizio prescelto

L'Azienda si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati.

In caso di accertamento di dichiarazioni non rispondenti a veridicità, la rettifica, successivamente alla data di scadenza del bando, non è consentita.

Alla domanda l'aspirante può allegare tutte le certificazioni che ritenga opportuno presentare agli effetti della valutazione

La domanda deve essere presentata **entro e non oltre il 21/11/2016 alle ore 12.00** con una delle seguenti modalità:

- consegna direttamente presso uno degli Sportelli sociali dell'Asp per l'acquisizione al protocollo dell'ente negli orari di apertura degli stessi
- invio tramite e-mail all'indirizzo asp@aspcircondarioimolese.bo.it.

L'eventuale riserva di invio di documenti è priva di effetti.
Non saranno ritenute valide le domande pervenute oltre il termine sopra indicato.
E' esclusa ogni altra forma di presentazione o trasmissione.

MODALITA' DI SELEZIONE:

Il Direttore coadiuvato dal Responsabile dell'Area Servizi Socio Sanitari Residenziali e Semiresidenziali effettuerà una prima valutazione del Curriculum formativo-professionale presentato dai candidati unitamente alla domanda di partecipazione.

In caso di presenza di più domande, l'Asp si riserva di formulare due graduatorie dei richiedenti, distinte per servizio prescelto, previo colloquio motivazionale e di approfondimento delle competenze possedute, i cui criteri di valutazione verranno esplicitati in sede di nomina della Commissione giudicante.

A parità di valutazione potranno essere prese in considerazione documentate situazioni familiari e personali quali, a titolo esemplificativo: numero di minori a carico e/o famigliari (oltre i figli, il coniuge, parente o affine entro il terzo grado comunque conviventi tutelati dall'art. 33 della Legge n. 104/1992), la ricongiunzione al nucleo familiare, la distanza della residenza dal posto di lavoro, esigenze derivanti dalla conciliazione tra attività lavorativa ed esigenze familiari.

La data e il luogo di svolgimento dell'eventuale colloquio saranno comunicati ai candidati almeno 5 giorni prima della data stabilita per l'effettuazione dello stesso, tramite pubblicazione sul sito internet aziendale www.aspcircondarioimolese.bo.it.

L'eventuale trasferimento e la relativa decorrenza saranno concordati fra i servizi interessati.

I dipendenti individuati avranno tre giorni lavorativi di tempo per accettare l'assegnazione dalla data di ricevimento della nota di assegnazione, qualora rifiutassero, saranno depennati dalla relativa graduatoria.

L'assegnazione diverrà definitiva dopo il superamento di un periodo di prova di mesi 3.

Per quanto non previsto dal presente avviso, si fa riferimento alla normativa prevista dal vigente Regolamento sull'ordinamento degli uffici e servizi e dalle disposizioni dettate in materia dai CCNL e dalle altre disposizioni normative vigenti.

Per richieste di informazioni inerenti il presente avviso è possibile rivolgersi al Responsabile dell'U.O. Servizio Affari Generali e Risorse Umane dell'ASP Circondario Imolese, dott.ssa Serena Nanni, tel. 051/6947917 - fax 051/944644 - e-mail personale@aspcircondarioimolese.bo.it

Copia integrale del presente avviso è consultabile nel sito Internet dell'Azienda al seguente indirizzo: www.aspcircondarioimolese.bo.it.

Al termine della selezione verrà pubblicato l'esito della stessa.

Castel San Pietro Terme, 20.10.2016

IL DIRETTORE
dott.ssa Stefania Dazzani



Al presente avviso è allegato un modello prestampato di domanda di partecipazione alla procedura di mobilità.

All'ASP Circondario Imolese
Via Matteotti 77
Castel San Pietro Terme BO

DOMANDA DI AMMISSIONE A PROCEDURA DI MOBILITA' VOLONTARIA INTERNA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ C.A.P. _____
in via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____ email _____
C.F. _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di mobilità volontaria interna, per la copertura di n. 2 posti di "OPERATORE SOCIO SANITARIO – OSS" a tempo indeterminato - Cat. B – presso (barrare le caselle di interesse):

- ☐ Centro "A m'arcord"
☐ Centro diurno anziani "Cassiano Tozzoli"

DICHIARA

di possedere i requisiti prescritti dall'avviso ed in particolare:

- di prestare servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso il servizio _____ dal _____
e di essere attualmente inquadrato nella categoria B, con il profilo di operatore socio sanitario, fascia economica _____ a tempo _____ (indicare se tempo pieno o parziale);
- di avere l'idoneità alle mansioni del profilo senza limitazioni che ne precludano l'impiego in servizi per anziani non autosufficienti a regime diurno;
- di essere in possesso della patente di guida;
- di essere disponibile, nel caso di regime di lavoro a tempo parziale, a rientrare a tempo pieno prima dell'eventuale assegnazione al servizio prescelto;
- motivazione della richiesta:

Allega alla presente domanda:

- dettagliato Curriculum formativo-professionale, datato e sottoscritto (titolo di studio, attività svolta nella P.A. con indicazione del profilo professionale, dei servizi di assegnazione e relative mansioni, dei corsi di perfezionamento ed aggiornamento e tutto quanto concorra all'arricchimento professionale in rapporto al profilo da ricoprire).

Data _____

Firma _____

CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI PERSONALI

Cognome e Nome

Indirizzo

Telefono

E-mail

Nazionalità

Luogo e data di nascita

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a)

Pubblica Amministrazione

- Profilo professionale

- Date (da – a)

Pubblica Amministrazione

- Profilo professionale

- Date (da – a)

Pubblica Amministrazione

- Profilo professionale

- Date (da – a)

Pubblica Amministrazione

- Profilo professionale

- Date (da – a)

Pubblica Amministrazione

- Profilo professionale

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a)

- Nome e tipo di istituto di istruzione
o formazione

- Principali materie / abilità
professionali oggetto dello studio

- Qualifica conseguita, data e voto

- Iscrizione all'Albo professionale
dalla data

- Date (da – a)

- Nome e tipo di istituto di istruzione
o formazione

- Principali materie / abilità
professionali oggetto dello studio

- Qualifica conseguita, data e voto

- Iscrizione all'Albo professionale
dalla data

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita, data e voto
- Iscrizione all'Albo professionale dalla data

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita, data e voto
- Iscrizione all'Albo professionale dalla data

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita, data e voto
- Iscrizione all'Albo professionale dalla data

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

CAPACITÀ E COMPETENZE

RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

CAPACITÀ E COMPETENZE

ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato, ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE
*Competenze non precedentemente
indicate.*

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

[Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc.]

ALLEGATI

[Se del caso, enumerare gli allegati al CV.]

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ residente a
_____ Via _____ n. _____ dichiara sotto la propria
responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello
stesso nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 co. 1 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazioni mendaci, che quanto sopra
indicato corrisponde al vero.

Luogo e data _____

(Firma)

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ e residente in _____
Via _____

a conoscenza delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

DICHIARA
sotto la propria responsabilità

di aver partecipato ai seguenti Corsi di Formazione e di Aggiornamento professionale qualificanti ed attinenti al posto da ricoprire:

Titolo del corso _____
dal _____ al _____
presso _____
n. ore _____
ovvero n. giorni _____
con superamento di esame finale _____
punteggio /valutazione esame finale _____ su _____

Titolo del corso _____
dal _____ al _____
presso _____
n. ore _____
ovvero n. giorni _____
con superamento di esame finale _____
punteggio /valutazione esame finale _____ su _____

(spazio libero per eventuali altre dichiarazioni)

Data _____

Il Dichiarante

Firma _____