



**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](mailto: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](http://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](mailto:personale@aspcircondarioimolese.bo.it)

Copia integrale del presente avviso è consultabile nel sito Internet dell'Azienda al seguente indirizzo: [www.aspcircondarioimolese.bo.it](http://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 \_\_\_\_\_