

**AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, DI MOBILITÀ REGIONALE  
TRA AZIENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO, PER IL PROFILO DI COLLABORATORE  
PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE, CAT. D FINALIZZATA ALLA COSTITUZIONE  
DI ELENCHI DI IDONEI PER LA COPERTURA A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO DEI  
SOLI POSTI RESISI VACANTI IN ESITO A MOBILITÀ REGIONALE.  
ART. 30 - COMMA 2 BIS - DLGS N. 165/2001 E S.M.I.**

In esecuzione della deliberazione n. 641 del 12/10/2016 è indetto presso il Polclinico Tor Vergata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 30 del D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i., un avviso pubblico, per titoli e colloquio, di mobilità regionale tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario, per il profilo di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, cat. D, finalizzata alla costituzione di elenchi di idonei per la copertura a tempo pieno ed indeterminato dei soli posti resisi vacanti in esito a mobilità regionale.

### REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare alla presente procedura di mobilità regionale i soggetti in possesso dei seguenti requisiti:

1. essere dipendente in servizio a tempo indeterminato, con avvenuto superamento del periodo di prova, presso Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, con inquadramento nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere (cat. D);
2. essere iscritto all'Albo professionale;
3. essere idoneo all'esercizio delle mansioni proprie del profilo di appartenenza senza limitazioni/prescrizioni e non avere in pendenza istanze tendenti ad ottenere un'inidoneità, seppur parziale;
4. non aver riportato condanne penali e non avere procedimenti penali in corso;
5. non aver subito, nel biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso, sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura scritta e non avere procedimenti disciplinari in corso;
6. essere in possesso dell'assenso preventivo, espresso dall'Azienda di provenienza, finalizzato alla partecipazione all'avviso di mobilità.
7. essere in possesso di esperienza di servizio effettivo di almeno 6 mesi, maturata nel biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso presso una delle seguenti Aree:
  - ▶ BLOCCO OPERATORIO;
  - ▶ Servizi di diagnosi e cura di AREA EMERGENZA;
  - ▶ Servizi di diagnosi e cura di AREA CHIRURGICA;
  - ▶ Servizi di diagnosi e cura di AREA MEDICA.

Tutti i suddetti requisiti devono essere posseduti, a pena di esclusione, alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di partecipazione e permanere alla data dell'effettivo trasferimento. La carenza anche di un solo requisito alla data di scadenza dell'avviso e/o alla data dell'effettivo trasferimento, comporteranno, rispettivamente, l'esclusione dalla selezione ovvero la decadenza dal diritto all'assunzione per mobilità. E' consentita la partecipazione alla procedura per una sola Area, che dovrà essere obbligatoriamente indicata nella domanda di partecipazione.

### DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Nella **domanda di partecipazione all'avviso**, redatta utilizzando esclusivamente l'**allegato A)** al presente **avviso** e firmata in calce senza necessità di alcuna autentica (art. 39 del D.P.R. 445/00 e s.m.i.), i candidati

dovranno dichiarare, sotto la propria responsabilità e consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- il cognome e nome, la data e il luogo di nascita, il codice fiscale e la residenza;
- il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- l'eventuale sussistenza o insussistenza di condanne penali riportate, ovvero di carichi penali pendenti. L'omessa dichiarazione, nel caso in cui sussistano effettivamente condanne penali a carico del candidato, comporterà l'esclusione dalla procedura in oggetto;
- la titolarità del rapporto di lavoro subordinato di pubblico impiego a tempo indeterminato e l'Azienda e/o Ente del S.S.R. di appartenenza, con indirizzo della sede legale;
- l'inquadramento nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere (cat. D);
- l'avvenuto superamento del periodo di prova;
- l'Area per la quale si intenda concorrere alla procedura di mobilità (una sola opzione tra le quattro indicate al punto 7 dei "Requisiti di partecipazione") e l'esperienza di servizio effettivo di almeno 6 mesi, maturata presso la medesima nel biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso;
- il servizio/reparto di afferenza attuale, con indicazione della data di assegnazione allo stesso;
- di non avere subito, nell'ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso, sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura scritta;
- il possesso della idoneità fisica alle mansioni proprie del profilo ovvero l'eventuale sussistenza di limitazioni/prescrizioni all'esercizio delle mansioni connesse alle funzioni di appartenenza;
- di non aver superato il periodo di comporta e l'insussistenza di cause ostative al mantenimento del rapporto di pubblico impiego;
- il possesso dell'assenso preventivo alla partecipazione alla procedura di mobilità, espresso dall'Azienda di provenienza (espresso mediante dichiarazione da allegare alla domanda di partecipazione);
- l'eventuale posizione di comando o fuori ruolo presso l'Azienda/Ente del S.S.R. di provenienza;
- l'eventuale collocamento in distacco o aspettativa sindacale a tempo pieno o parziale;
- l'eventuale godimento dei benefici ex art. 33 Legge 104/92 e s.m.i.; i beneficiari della Legge 5.2.92 n. 104, devono specificare, qualora lo ritengano indispensabile, di volersi avvalere dell'ausilio eventualmente necessario in relazione al proprio handicap
- l'accettazione incondizionata dell'assegnazione presso il del Policlinico Tor Vergata, senza esclusione di alcun profilo orario;
- il consenso al trattamento dei dati personali per uso amministrativo con l'eventuale indicazione dei dati che non ritenga doversi pubblicizzare (D.Lgs. n. 196/03 e s.m.i.);
- il domicilio presso il quale deve essere fatta all'aspirante ogni necessaria comunicazione nonché eventuale recapito telefonico e preferibilmente l'indirizzo di posta elettronica. In caso di mancata indicazione vale la residenza di cui al punto 1. che precede;
- di accettare, senza riserva, tutte le prescrizioni e precisazioni contenute nel presente avviso e tutte le norme in esso richiamate;

La domanda dovrà essere datata e firmata dal candidato. Tale sottoscrizione non necessita di autentica, ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. La mancata sottoscrizione della domanda costituisce motivo di esclusione dall'avviso. Gli aspiranti che, invitati, ove occorra, a regolarizzare formalmente la domanda di partecipazione all'avviso di mobilità, non ottemperino a quanto richiesto nei tempi e nei modi indicati dall'Amministrazione, saranno esclusi dalla procedura. In caso di accertamento di indicazioni non rispondenti a veridicità, la rettifica non sarà consentita e il provvedimento favorevole non potrà essere emesso. Non verranno prese in considerazione eventuali domande di mobilità già agli atti dell'Azienda; pertanto, coloro che avessero già presentato istanza di trasferimento, se interessati alla presente procedura, dovranno ripresentarla nei modi e nei termini di cui al presente avviso.

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda i candidati dovranno allegare obbligatoriamente, pena l'esclusione dalla procedura, la seguente documentazione redatta in forma di autocertificazione, debitamente compilata, datata e firmata:

- **Allegato B al presente Avviso: Scheda 1 - Foglio Informativo procedura di mobilità;**
- **Allegato C al presente Avviso: Scheda 2 - Curriculum formativo e professionale;**
- **Allegato D al presente avviso: Dichiarazione attestante il possesso di assenso preventivo alla mobilità rilasciato dall'Azienda di provenienza;**
- **Copia non autenticata di un documento di identità personale, leggibile e in corso di validità.**

Si ricorda che, nel rispetto delle prescrizioni contenute nell'art. 15 della Legge n. 183/2011, questo Ente non può richiedere né accettare i certificati rilasciati dalla Pubblica Amministrazione; i candidati dovranno quindi attestare il possesso di tutti i requisiti specifici di ammissione nonché dei titoli che riterranno utili agli effetti della valutazione di merito per la formulazione della graduatoria, compresi il servizio prestato, le assenze a vario titolo negli ultimi tre anni e i dati stipendiali, compilando ed allegando alla domanda la *Scheda 1* e la *Scheda 2* (allegati B e C al presente avviso).

E' consentita la partecipazione alla procedura per una sola Area, che dovrà essere obbligatoriamente indicata nella domanda di partecipazione.

Le dichiarazioni relative al servizio prestato dovranno essere complete e contenere l'esatta denominazione dell'Ente, la qualifica, la disciplina nella quale i servizi sono stati prestati, il tipo di rapporto di lavoro (tempo indeterminato/determinato, tempo pieno, part-time), le date d'inizio e di conclusione del servizio, nonché le eventuali interruzioni (aspettativa senza assegni, sospensioni, etc.) e, comunque, tutti i dati riportati nel certificato originale e necessari per valutare il servizio stesso.

Il curriculum formativo e professionale non ha valore di autocertificazione se non redatto ai sensi e nelle forme di cui al D.P.R. n. 445/00 e s.m.i., utilizzando l'allegata Scheda 2.

Le pubblicazioni edite a stampa potranno essere oggetto di valutazione solo nel caso in cui vengano effettivamente prodotte in originale o in copia autenticata ovvero in copia dichiarata conforme all'originale, utilizzando l'allegato Schema 2 (artt. 19 e 47 D.P.R. n. 445/00).

Ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/00 è altresì consentito allegare i titoli di studio, di servizio e le pubblicazioni in fotocopia semplice unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà riguardante la conoscenza del fatto che le copie allegate, debitamente numerate e siglate, sono conformi agli originali, con dichiarazione sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

Tutte le precedenza e le preferenze, a parità di punteggio, stabilite dalle vigenti disposizioni di legge saranno osservate purché venga esplicitamente richiesto il beneficio e alla domanda di partecipazione alla selezione siano allegati i necessari documenti probatori (ovvero autocertificarli, se previsto).

L'amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni prodotte. Qualora dal controllo, anche a campione, emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguiti in esito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/00). In caso di falsa dichiarazione si applicano le disposizioni di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.

### MODALITA' E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

**Il termine per la presentazione della domanda di partecipazione scade il 30° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente avviso sul sito internet della Fondazione PTV "Polislinico Tor Vergata" [www.ptvonline.it](http://www.ptvonline.it) - link: Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici.**

La domanda di partecipazione all'avviso, formulata secondo lo schema di cui all'Allegato A, in carta semplice e debitamente sottoscritta in originale, corredata della documentazione richiesta, deve essere

# FONDAZIONE PTV

## Policlinico Tor Vergata

indirizzata al **Direttore Generale della Fondazione PTV “Policlinico Tor Vergata”, Viale Oxford, 81 - 00133 Roma**, ed inoltrata entro la data di scadenza del presente avviso, esclusivamente tramite una delle seguenti modalità:

- **CONSEGNA A MANO - dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 14.00**  
presso l'Ufficio Protocollo della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, riportando sul plico contenente la domanda e la documentazione: il cognome, il nome, il domicilio e la dicitura *Avviso Mobilità Regionale C.P.S. Infermiere cat. D*;
- **RACCOMANDATA A/R**  
a mezzo del servizio pubblico postale (a tal fine farà fede il timbro apposto dall'ufficio postale accettante), indicando sul plico contenente la domanda e la documentazione: il cognome, il nome, il domicilio e la dicitura *Avviso Mobilità Regionale C.P.S. Infermiere cat. D*.
- **PEC - POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA INTESTATA AL CANDIDATO** (non saranno accettate domande inoltrate tramite PEC non intestata al candidato).  
La domanda firmata, la documentazione allegata, compreso il documento di identità, dovranno essere scansionati e trasmessi, in un unico file formato PDF, all'indirizzo **risorse.umane@ptvonline.postecert.it**, indicando obbligatoriamente nell'oggetto della mail *Domanda Avviso Mobilità Regionale CPS Infermiere cat. D*.  
L'avvenuta ricezione del messaggio di PEC da parte del destinatario è attestata esclusivamente dalla ricevuta di AVVENUTA CONSEGNA fornita dal gestore di posta elettronica - ex art. 6 D.P.R. 268/05 – che il candidato dovrà accertare di aver ricevuto nella propria casella di posta (la *ricevuta di accettazione* dell'invio non attesta la effettiva consegna del messaggio). Il Policlinico non assume responsabilità in caso di istanze non ricevute via PEC, fatta eccezione per quelle per le quali il candidato potrà attestare l'invio entro i termini di scadenza mediante produzione della ricevuta di AVVENUTA CONSEGNA.

**Il termine fissato per la presentazione della domanda di partecipazione e dei documenti correlati è perentorio, il mancato rispetto dei termini sopra descritti determinerà l'esclusione dalla procedura. La eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti.**

Non saranno esaminate le domande trasmesse prima della pubblicazione del presente avviso sul sito internet della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata [www.ptvonline.it](http://www.ptvonline.it) ovvero trasmesse con qualsiasi forma non prevista dal presente avviso. Saranno considerate, comunque, pervenute fuori termine, qualunque sia la causa, le domande presentate in tempo utile ma recapitate a questa Fondazione oltre 10 giorni dal termine di scadenza. L'Amministrazione non assume responsabilità per la mancata ricezione di domande e documentazione dipendenti da eventuali disguidi postali o da inesatta indicazione del recapito del destinatario. L'Amministrazione non assume responsabilità per il mancato recapito al candidato di comunicazioni e documentazione dipendenti da errata indicazione dell'indirizzo nella domanda ovvero da mancata o tardiva comunicazione di cambio di indirizzo nonché da altri fatti non imputabili a colpa dell'Amministrazione.

### AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI MOBILITA'

L'ammissione e l'eventuale esclusione dei candidati è disposta con provvedimento del Direttore Generale, sulla base alle dichiarazioni contenute nelle domande e della documentazione a queste allegata. I candidati che non risultino in possesso dei requisiti prescritti ovvero quelli le cui domande risultino non sottoscritte, irregolari ovvero pervenute fuori dei termini di scadenza indicati, saranno esclusi ed agli stessi sarà data comunicazione motivata dell'avvenuta esclusione entro 30 giorni dall'approvazione del relativo provvedimento. E' consentita la partecipazione alla procedura per una sola Area, che dovrà essere obbligatoriamente indicata nella domanda di partecipazione.

L'elenco dei candidati ammessi alla procedura sarà pubblicato nella relativa sezione dedicata sul sito internet [www.ptvonline.it](http://www.ptvonline.it) - al link: **Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici**.

### COMMISSIONE - VALUTAZIONE DEI CANDIDATI – ELENCHI DEGLI IDONEI

La **Commissione** per la valutazione dei candidati sarà nominata alla scadenza del presente avviso con provvedimento insindacabile del Direttore Generale, e sarà composta secondo quanto di seguito specificato, ovvero loro delegati:

- Direttore Sanitario, con funzioni di Presidente (ovvero suo delegato);
- Dipendente titolare di Posizione Organizzativa presso la U.O.C. Direzione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie, in qualità di Componente;
- Dipendente titolare di Posizione Organizzativa presso la U.O.C. Direzione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie, in qualità di Componente;
- Segretario appartenente al ruolo amministrativo, inquadrato almeno nella cat. C.

Alla Commissione è riservata la più ampia autonomia discrezionale nella valutazione dei candidati e nella verifica della corrispondenza delle professionalità possedute con le caratteristiche del posto da ricoprire e degli obiettivi da conseguire, nonché del grado di conoscenza delle norme di settore. Tale autonomia è esercitabile anche con la non individuazione di soggetti di gradimento. La Commissione, in via preliminare, individua le eventuali specifiche esigenze dell'Azienda in relazione ai posti da ricoprire ed elabora i criteri per la valutazione dei titoli presentati dai candidati e del colloquio. La Commissione ha facoltà di dichiarare, fin dalla prima valutazione dei curricula pervenuti, che nessun candidato risulta essere in possesso dei requisiti specifici richiesti per la copertura dei posti e, pertanto, di non procedere alla valutazione degli stessi, verbalizzando tale determinazione.

La **valutazione dei candidati** sarà effettuata mediante valutazione del *Curriculum formativo e professionale* e specifico *Colloquio*, necessario all'approfondimento delle informazioni riportate sul curriculum e diretto ad accertare, con riferimento alla professionalità oggetto dell'avviso, le specifiche conoscenze possedute dal candidato nell'Area di competenza, indicata nella domanda di partecipazione, tra le quattro previste (Area dell'Emergenza/Area Critica/Area di Chirurgia/Area di Medicina). Il punteggio finale scaturirà dalla somma del punteggio attribuito al curriculum formativo e professionale con quello ottenuto al colloquio.

Al **Curriculum formativo e professionale** – la cui valutazione sarà effettuata sulla base dei criteri di seguito descritti - potrà essere attribuito un **massimo di 30 punti**, con l'assegnazione di una votazione ricompresa tra 0 e 6 punti per ciascuna tipologia valutata:

- esperienza professionale specifica;
- storico attività di servizio;
- titoli di studio/professionali/accademici;
- titoli di formazione;
- ulteriori titoli.

Al **Colloquio** - che sarà teso alla verifica delle specifiche conoscenze nonché all'indagine degli aspetti motivazionali del candidato - potrà essere attribuito un **massimo di 30 punti**. **Saranno esclusi dalla procedura i candidati che abbiano conseguito nel colloquio un punteggio inferiore a 24/30.**

**Il Diario dei Colloqui** sarà pubblicato esclusivamente sul sito istituzionale [www.ptvonline.it](http://www.ptvonline.it) al link: **Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici, non meno di 5 giorni prima della data fissata**. Tale pubblicazione avrà valore di notifica ad ogni effetto di legge e la mancata presentazione, nel giorno e nell'ora stabiliti, comporterà l'esclusione dalla procedura di mobilità, qualunque ne sia la causa. I candidati sono pertanto invitati a consultare il sito aziendale, dove saranno pubblicate tutte le informazioni relative allo svolgimento della procedura.

Al termine della procedura di valutazione, la Commissione procederà alla formulazione, in relazione al punteggio finale ottenuto dai candidati in ciascuna Area di competenza, di **4 Elenchi di candidati idonei per la copertura a tempo pieno ed indeterminato dei posti resisi vacanti in esito a mobilità regionale:**

- ▶ **Elenco candidati idonei Blocco Operatorio;**
- ▶ **Elenco candidati idonei Servizi di diagnosi e cura di Area Emergenza;**
- ▶ **Elenco candidati idonei Servizi di diagnosi e cura di Area Chirurgica;**
- ▶ **Elenco candidati idonei Servizi di diagnosi e cura di Area Medica.**

I **4 Elenchi di candidati idonei** formulati dalla Commissione saranno quindi approvati, previo riconoscimento della regolarità dei lavori, con provvedimento del Direttore Generale della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata e **pubblicati sul sito istituzionale [www.ptvonline.it](http://www.ptvonline.it) al Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici.**

### UTILIZZAZIONE ELENCHI DEGLI IDONEI E COSTITUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

**I 4 Elenchi di candidati idonei saranno utilizzati, in ordine di classificazione e per la relativa Area di competenza, esclusivamente per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di posti resisi vacanti in esito a mobilità regionale in uscita.**

In tale ipotesi, i candidati saranno invitati a produrre la documentazione prescritta dalla normativa vigente ai fini della formale stipula del contratto individuale di lavoro, pena la decadenza dal diritto al trasferimento.

Ai fini giuridici ed economici la mobilità decorrerà dalla data dell'effettiva immissione in servizio, che resta comunque subordinata all'accertamento dell'idoneità fisica accertata dal Medico Competente dell'Azienda.

L'assunzione è intesa con contratto di lavoro a tempo pieno. Il candidato che si trovasse presso l'Amministrazione di provenienza in posizione di part-time potrà sottoscrivere il contratto individuale di lavoro solo per la posizione a tempo pieno. Le ferie/ore maturate e non fruite presso l'Azienda/Ente di provenienza non saranno riconosciute dalla Fondazione PTV.

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E RITIRO DOCUMENTAZIONE

Ai sensi del D.Lgs. 30/6/03 n. 196 e s.m.i., i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso il Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali aziendale, per le finalità di gestione dell'avviso pubblico e saranno trattati presso una banca 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 dall'avviso. 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 figura il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui il diritto di far 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 - Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali - U.O.C. Gestione Personale non Universitario - Viale Oxford, 81 00133 Roma. Il responsabile del trattamento è il Dirigente della UOC suddetta.

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

Si rende noto che la documentazione presentata 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 della graduatoria finale 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 viene pubblicato sul sito istituzionale [www.ptvonline.it](http://www.ptvonline.it) - Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici per la durata di 30 giorni.** 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 informazioni e chiarimenti rivolgersi dal lunedì al venerdì - ore 11.00/13.00 - ai seguenti numeri telefonici 06.2090.0124/0449/3332/0195

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dr.ssa Tiziana FRITTELLI

**AI DIRETTORE GENERALE**  
della **Fondazione Policlinico Tor Vergata**  
viale Oxford, 81 – 00133 ROMA

**Oggetto: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico, per titoli e colloquio, di mobilità regionale tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario, per il profilo di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, cat. D, finalizzata alla costituzione di elenchi di idonei per la copertura a tempo pieno ed indeterminato dei soli posti resisi vacanti in esito a mobilità regionale - ex art. 30, comma 2 bis, D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.**

Il/La sottoscritto/a

cognome ..... nome .....

**CHIEDE**

di partecipare all'Avviso pubblico, per titoli e colloquio, di mobilità regionale tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario, per il profilo di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, cat. D, finalizzata alla costituzione di elenchi di idonei per la copertura a tempo pieno ed indeterminato dei soli posti resisi vacanti in esito a mobilità regionale - ex art. 30, comma 2 bis, D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. – indetto con DDG n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.

**A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 e dell'art. 76 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':**

- di essere nato/a a ..... Prov..... il .....; codice fiscale .....; e di essere residente nel comune di ..... Prov..... Via ..... n. .... CAP ..... Tel. .... email..... PEC.....;
- di essere cittadino/a.....;
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di .....Prov..... 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 aver riportato condanne penali e di avere procedimenti penali pendenti (indicare eventuali condanne penali e/o procedimenti penali pendenti).....;
- di essere iscritto al seguente Albo professionale ..... della provincia di ..... dal..... n° pos.....;
- di essere stato assunto con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato a far data dal ..... e di aver superato il periodo di prova;
- di essere attualmente dipendente con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato dell'Azienda: ..... con sede legale in..... Prov..... Via ..... n. .... CAP ..... a far data dal..... con qualifica di..... cat..... fascia economica..... nella struttura organizzativa.....;
- di voler concorrere alla procedura di mobilità per l'Area .....



- di essere in possesso di esperienza di servizio effettivo di almeno 6 mesi nella suddetta Area ....., maturata nel biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso, secondo quanto dichiarato nell'allegato C/Scheda 2 al presente avviso;
- di non avere subito, nell'ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso, sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura scritta;
- di essere in possesso della idoneità fisica all'esercizio delle mansioni connesse alle funzioni di appartenenza ovvero di avere le seguenti limitazioni/prescrizioni all'esercizio delle mansioni .....
- di non aver superato il periodo di comporta e di non avere cause ostative al mantenimento del rapporto di pubblico impiego;
- di essere in possesso dell'assenso preventivo, espresso dall'Azienda di provenienza, finalizzato alla partecipazione all'avviso di mobilità e di allegare alla domanda di partecipazione specifica dichiarazione (allegato D);
- di non essere collocato in posizione di comando o fuori ruolo presso l'Azienda del S.S.R. di provenienza ovvero di essere collocato in posizione di comando presso l'Azienda.....  
con sede legale in..... Prov.....  
Via..... CAP .....
- di non essere collocato in distacco/aspettativa sindacale ovvero di essere collocato in distacco/aspettativa sindacale presso l'Azienda..... con sede legale in..... Prov.....  
Via..... CAP .....
- di godere/non godere dei benefici ex art. 33 Legge 104/1992 e s.m.i. (specificare eventuale necessità di ausilio in relazione al proprio handicap .....
- di accettare incondizionatamente l'assegnazione presso il Policlinico Tor Vergata, senza esclusione di alcun profilo orario;
- di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali per uso amministrativo (indicare eventuali dati che non ritenga doversi pubblicizzare - D.Lgs. n. 196 del 30/6/2003);
- di leggere il seguente domicilio per ogni necessaria comunicazione, completo di recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica (in caso di mancata indicazione vale la residenza di cui al punto 1):  
Via.....n. .... CAP .....
- comune .....Prov.....  
Tel. .... email.....PEC.....;
- di accettare, senza riserva, tutte le prescrizioni e precisazioni contenute nel presente avviso e tutte le norme in esso richiamate;
- di impegnarsi, qualora risultasse vincitore dell'avviso di mobilità, a non chiedere il trasferimento presso altra Azienda, per un periodo di due anni a decorrere dalla data di effettiva immissione in servizio presso questa Fondazione, a pena di esclusione dalla procedura in questione.

Il/La sottoscritto/a allega obbligatoriamente alla presente domanda la sotto elencata documentazione prevista dal bando, accettando le condizioni fissate nello stesso 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":

1. **allegato B al presente Avviso/Scheda 1 Foglio Informativo Procedura di Mobilità;**
2. **allegato C al presente Avviso/Scheda 2 Curriculum Formativo e Professionale;**
3. **allegato D al presente Avviso/Dichiarazione attestante il possesso di assenso preventivo alla mobilità rilasciato dall'azienda di provenienza;**
4. **copia non autenticata di un documento di identità personale.**

Data, \_\_\_\_\_ In fede *Il dichiarante* \_\_\_\_\_

### FOGLIO INFORMATIVO PROCEDURA DI MOBILITÀ

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

Il/La sottoscritto/a

**cognome** ..... **nome** .....  
con riferimento alla Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico, per titoli e colloquio, di mobilità regionale tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario, per il profilo di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, cat. D, finalizzata alla costituzione di elenchi di idonei per la copertura a tempo pieno ed indeterminato dei soli posti resisi vacanti in esito a mobilità regionale - ex art. 30, comma 2 bis, D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., indetto con DDG n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ dalla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, ai sensi degli artt. 46 e 47 e dell'art. 76 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:**  
**IL SEGUENTE STATO GIURIDICO, RIFERITO ALL'ATTUALE RAPPORTO DI LAVORO.**  
(barrare le voci che interessano)

#### RAPPORTO DI DIPENDENZA

a tempo indeterminato;  
decorrenza rapporto: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
con qualifica di: \_\_\_\_\_  
cat. \_\_\_\_\_ fascia economica \_\_\_\_\_  
periodo di prova: superato: SI  NO   
struttura lavorativa: U.O. \_\_\_\_\_ Servizio/Reparto \_\_\_\_\_  
Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_  
sede legale Ente: \_\_\_\_\_

#### ORARIO DI SERVIZIO

Attuale orario di servizio:  a Tempo Pieno  Part Time al \_\_\_\_\_% (indicare % oraria)  
specificare tipo PT:  orizzontale  verticale  misto

#### TITOLARITA' INCARICHI

Titolare di incarico: SI  NO   
specificare tipo incarico: \_\_\_\_\_  
Decorrenza incarico: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Denominazione incarico: \_\_\_\_\_

#### SANZIONI DISCIPLINARI

Sanzioni disciplinari nel biennio antecedente la data di pubblicazione del presente avviso: SI  NO   
Sanzioni disciplinari antecedenti l'ultimo biennio: SI  NO   
specificare eventuali sanzioni disciplinari: \_\_\_\_\_

### DISTACCO/ASPETTATIVA/COMANDO

SI  NO

distacco/aspettativa sindacale a tempo pieno o parziale: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Collocamento in posizione di comando o fuori ruolo: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Collocamento in aspettativa: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Specificare tipo aspettativa:* \_\_\_\_\_

con decorrenza anzianità     senza decorrenza anzianità

### IDONEITÀ FISICA – INVALIDITA' CIVILE - TITOLARITA' DIRITTI L. 104/92

*Riportare estremi della documento comprovante lo stato/o allegare documentazione*

Limitazioni/prescrizioni all'esercizio delle mansioni: \_\_\_\_\_

Invalidità civile: \_\_\_\_\_

Fruizione di diritti ex lege 104: SI  NO

*specificare se:*

BENEFICIARIO     per CONGIUNTI

nell'anno precedente alla domanda di mobilità     nell'anno in corso

### ASSENZE A VARIO TITOLO NELL'ULTIMO TRIENNIO

N° giorni di assenza ultimo triennio: \_\_\_\_\_ *specificare:* n. \_\_\_ per malattia;  
n. \_\_\_ per infortunio  
n. \_\_\_ per interdizione anticipata maternità  
n. \_\_\_ per astensione obbligatoria maternità  
n. \_\_\_ altro .....(*specificare*)

### NUCLEO FAMILIARE

Genitore di figli minori di anni tre: SI  NO  *specificare n° figli* \_\_\_\_\_;

### TRATTAMENTO ECONOMICO IN GODIMENTO

Voci (compilare voci che interessano)	Importo mensile
Stipendio base	
Valore comune ex I.Q.P.	
Indennità vacanza contrattuale	
Indennità professionale specifica	
Fascia	
Altro (specificare _____)	

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

*In fede*  
Il dichiarante

\_\_\_\_\_

### CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

*formulato come dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà*

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

**Il/La sottoscritto/a**

**cognome** ..... **nome** .....

con riferimento alla Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico, per titoli e colloquio, di mobilità regionale tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario, per il profilo di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, cat. D, finalizzata alla costituzione di elenchi di idonei per la copertura a tempo pieno ed indeterminato dei soli posti resisi vacanti in esito a mobilità regionale - ex art. 30, comma 2 bis, D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., indetto con DDG n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ dalla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, ai sensi degli artt. 46 e 47 e dell'art. 76 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE QUANTO RIPORTATO CORRISPONDE AL VERO E CHE LE FOTOCOPIE ALLEGATE ALLA PRESENTE SONO CONFORMI ALLE ORIGINALI IN PROPRIO POSSESSO:**

TITOLI DI STUDIO E ACCADEMICI		Indicare i titoli di studio/professionali/accademici conseguiti		
TITOLO DI STUDIO/PROFESSIONALE	CONSEGUITO PRESSO	DAL	AL	VOTO

<b>DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEL REQUISITO DI CUI AL PUNTO 7 DEI "REQUISITI DI PARTECIPAZIONE"</b>	<i>Indicare Ente - profilo di inquadramento - decorrenza servizio prestato (specificando data esatta -giorno/mese/anno) - AREA - Reparto - eventuali periodi di sospensione.</i>
--	--

**ESPERIENZA DI SERVIZIO EFFETTIVO DI ALMENO 6 MESI, MATURATA NEL BIENNIO ANTECEDENTE ALLA DATA DI PUBBLICAZIONE DEL PRESENTE AVVISO PRESSO:**

<i>Specificare AREA</i>	<i>(barrare l'opzione che interessa)</i>
<b>BLOCCO OPERATORIO/SALA OPERATORIA</b>	<input type="checkbox"/>
<b>servizi di diagnosi e cura di AREA EMERGENZA</b>	<input type="checkbox"/>
<b>servizi di diagnosi e cura di AREA CHIRURGICA</b>	<input type="checkbox"/>
<b>servizi di diagnosi e cura di AREA MEDICA</b>	<input type="checkbox"/>

<b>ENTE:</b>				
<i>Specificare se:</i> <input type="checkbox"/> Ente S.S.N. <input type="checkbox"/> Ente CONVENZIONATO S.S.N. <input type="checkbox"/> ALTRA P.A.				
QUALIFICA	TIPO CONTRATTO	h sett.	DAL	AL
	<input type="checkbox"/> <b>TI</b> <input type="checkbox"/> <b>TD</b>			
<i>Specificare Servizio/Reparto:</i>				
<i>Specificare eventuale periodo di sospensione:</i>				
dal _____ al _____;				

<b>ENTE:</b>				
<i>Specificare se:</i> <input type="checkbox"/> Ente S.S.N. <input type="checkbox"/> Ente CONVENZIONATO S.S.N. <input type="checkbox"/> ALTRA P.A.				
QUALIFICA	TIPO CONTRATTO	h sett.	DAL	AL
	<input type="checkbox"/> <b>TI</b> <input type="checkbox"/> <b>TD</b>			
<i>Specificare Servizio/Reparto:</i>				
<i>Specificare eventuale periodo di sospensione:</i>				
dal _____ al _____;				

<p style="text-align: center;"><b><u>TITOLI DI CARRIERA</u></b>  <b>SERVIZIO PRESTATO</b>          c/o ENTI SSN/CONVENZIONATI SSN          ALTRE PA</p>	<p style="text-align: center;"><i>Indicare attività professionale svolta nella PA di provenienza          ovvero presso altre PA (o enti convenzionati) indicando Ente,          profilo di inquadramento, periodo di servizio,          Reparto di assegnazione, periodi di sospensione.</i></p>
---	---

<b>ENTE:</b>			
<input type="checkbox"/> Ente S.S.N. <input type="checkbox"/> Ente CONVENZIONATO S.S.N. <input type="checkbox"/> ALTRA P.A.			
<b>CATEGORIA/QUALIFICA:</b>	<b>TIPO CONTRATTO - h sett.</b>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>
	<input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TD		
<b>REPARTO:</b>			
<b>PERIODO DI SOSPENSIONE:(1)</b>		<b>MOTIVO SOSPENSIONE:</b>	
dal _____ al _____;			

<b>ENTE:</b>			
<input type="checkbox"/> Ente S.S.N. <input type="checkbox"/> Ente CONVENZIONATO S.S.N. <input type="checkbox"/> ALTRA P.A.			
<b>CATEGORIA/QUALIFICA:</b>	<b>TIPO CONTRATTO - h sett.</b>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>
	<input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TD		
<b>REPARTO:</b>			
<b>PERIODO DI SOSPENSIONE:</b>		<b>MOTIVO SOSPENSIONE:</b>	
dal _____ al _____;			

<b>ENTE:</b>			
<input type="checkbox"/> Ente S.S.N. <input type="checkbox"/> Ente CONVENZIONATO S.S.N. <input type="checkbox"/> ALTRA P.A.			
<b>CATEGORIA/QUALIFICA:</b>	<b>TIPO CONTRATTO - h sett.</b>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>
	<input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TD		
<b>REPARTO:</b>			
<b>PERIODO DI SOSPENSIONE:</b>		<b>MOTIVO SOSPENSIONE:</b>	
dal _____ al _____;			

<sup>1</sup> inserire eventuali periodi di sospensione dal servizio senza decorrenza dell'anzianità







**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
(Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 e s.m.i.)

*Il/La sottoscritto/a*

**cognome .....nome .....**

*con riferimento alla Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico, per titoli e colloquio, di mobilità regionale tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario, per il profilo di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, cat. D, finalizzata alla costituzione di elenchi di candidati idonei per la copertura a tempo pieno ed indeterminato dei soli posti resisi vacanti in esito a mobilità regionale - ex art. 30, comma 2 bis, D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., indetto con DDG n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ dalla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, ai sensi degli artt. 46 e 47 e dell'art. 76 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,*

**DICHIARA**

**di essere in possesso, alla data di scadenza del predetto avviso, dell'assenso preventivo alla partecipazione alla procedura di mobilità<sup>5</sup>, rilasciato dall'Azienda di provenienza con nota prot. n. ....del .....**

**In fede**  
***Il dichiarante***

<sup>5</sup> Il termine fissato per la presentazione dei documenti correlati alla domanda di partecipazione è perentorio. La eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti.