

I.N.R.C.A.
Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani V.E.II

Via S.Margherita, 5 - 60124 ANCONA

sito internet <http://www.inrca.it>

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

(DD.MM. 12.06.68 - 07.08.81 - 06.08.91)

Tel. (071) 8004620 fax (071) 8004769 - PEC: inrca.protocollo@actaliscertymail.it

AVVISO DI MOBILITA' VOLONTARIA

Si rende noto che l'Istituto, in esecuzione della determina n. 111/RISUM del 24.04.2018, intende dare attuazione all'istituto della mobilità volontaria, per titoli e colloquio, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. 165/2001 così come modificato dall'art. 49 del D.Lgs. n° 150 del 27 ottobre 2009 dell'art. 20 dei CC.CC.NN.LL. delle Aree Dirigenziali Medica - Veterinaria e SPTA, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato del sotto indicato posto presso i Presidi Marchigiani I.N.R.C.A.:

- **n. 1 posto di Dirigente Medico (Disciplina DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO)**

TRATTAMENTO GIURIDICO – ECONOMICO

Il trattamento giuridico ed economico è quello previsto da tutte le disposizioni normative, anche relative ai CC.CC.NN.LL., che regolamentano il rapporto di lavoro dei dipendenti delle Aziende del Comparto Sanità. Ai sensi della L. n° 125/1991 e dell'art. 61 del D. Lgs. 29/93 e successive modificazioni ed integrazioni, è garantita parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso all'impiego e per il trattamento sul luogo di lavoro.

DOMANDA DI AMMISSIONE.

La domanda di ammissione (FAC SIMILE ALLEGATO N. 1), redatta in carta semplice secondo l'allegato modello, dovrà essere indirizzata al Direttore Generale dell'I.N.R.C.A. – Via S. Margherita, 5 – 60124 Ancona AN e deve essere sottoscritta, pena l'esclusione dalla procedura di mobilità.

Tale sottoscrizione, ai sensi della Legge n. 127/97, non necessita di autentica, ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Il candidato dovrà comunicare ogni eventuale successiva variazione del domicilio indicato nella domanda. In caso di mancata indicazione vale la residenza indicata nella domanda.

La presentazione della domanda di partecipazione comporta l'accettazione, senza riserva, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso e di tutte le norme in esso richiamate.

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare alla mobilità candidati in servizio con contratto di lavoro a tempo pieno ed indeterminato, presso aziende ed enti del comparto sanità o con altre amministrazioni di comparto diverso, in possesso dei requisiti previsti nel regolamento per la disciplina della mobilità volontaria pubblicato sul sito dell'INRCA www.inrca.it - *Amministrazione Trasparente - atti generali - Atti amministrativi generali e codici di condotta - Regolamenti Interni* - Ufficio Area Personale/Anno 2015 (174/DGEN).

Tutti i requisiti richiesti devono essere posseduti, a pena di esclusione, oltre che alla data di scadenza del termine stabilito nel presente bando anche alla data dell'effettivo trasferimento.

La carenza di uno solo dei requisiti stessi comporterà la non ammissione all'avviso ovvero, nel caso di carenza riscontrata all'atto di trasferimento, la decadenza dal diritto di trasferimento.

TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AMMISSIONE

Il termine di presentazione delle domande di partecipazione all'avviso scade alle ore 12,00 del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di pubblicazione del bando sul sito Internet dell'Istituto (www.inrca.it - Sez. Concorsi).

A tal fine:

- per le domande presentate direttamente all'Ufficio Protocollo dell'I.N.R.C.A. in Via S. Margherita n. 5, 60124 Ancona, fanno fede il timbro a data e l'orario posti dallo stesso ufficio sulla domanda ricevuta;
- per le domande inoltrate a mezzo del servizio postale, la data e l'ora di spedizione sono comprovate dal timbro a data e orario dell'ufficio postale accettante; non saranno comunque ammissibili alla presente procedura i candidati le cui istanze perverranno all'Uff. Protocollo dell'Istituto con un ritardo superiore a 15 giorni alla data di scadenza, seppur presentate entro i termini all'Ufficio Postale accettante;
- E' inoltre possibile la trasmissione della domanda e dei relativi documenti tramite Posta Elettronica Certificata Istituzionale (**inrca.protocollo@actaliscertymail.it**).
In tal caso il candidato dovrà essere titolare della casella di PEC utilizzata per la trasmissione della domanda, pena l'esclusione dalla presente procedura.
Qualora il candidato decidesse di inviare domanda di partecipazione e relativa documentazione via PEC, quest'ultima non potrà superare la dimensione di 30 MB.
Una dimensione superiore ai suddetti 30MB impedirebbe al Sistema informatico dell'Istituto la possibilità di *download* dell'intera documentazione, sollevando l'Amministrazione da ogni responsabilità in merito; pertanto il candidato che avesse necessità di presentare allegati con dimensione totale superiore ai 30 MB citati, dovrà provvedere all'invio di più PEC.
La domanda e l'allegata documentazione dovranno essere inviate esclusivamente in formato .PDF.
L'oggetto della E-MAIL PEC dovrà riportare la dicitura: *"domanda di partecipazione all'avviso di mobilità volontaria per n. 1 posto di Dirigente Medico (Disciplina DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO) per i Presidi Marchigiani dell'Istituto"*.
La domanda infine dovrà essere firmata dal candidato in maniera autografa, sottoposta a scansione ed inviata; oppure sottoscritta con firma digitale o firma elettronica qualificata.

Qualora detto giorno sia festivo o prefestivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio. Il mancato rispetto dei termini sopra descritti determina l'esclusione dall'avviso di mobilità. L'eventuale riserva di invio successivo dei documenti è priva di effetto.

L'Amministrazione declina fin d'ora ogni responsabilità per il mancato recapito di documenti dipendente da eventuali disguidi postali, da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, nonché da altri fatti non imputabili a colpa dell'Amministrazione.

Non sono considerate valide le domande inviate o presentate prima della pubblicazione del presente bando sul sito INTERNET dell'Istituto.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda dovrà essere allegato obbligatoriamente:

1. un curriculum formativo e professionale, redatto in forma di autocertificazione ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, che faccia particolare riferimento ai servizi prestati presso altre amministrazioni cui è stata svolta l'attività e l'elenco dei titoli posseduti alla data della domanda; da tale curriculum dovranno emergere:
 - a. Esperienza maturata nell'organizzazione dei servizi ospedalieri con particolare riguardo al settore geriatrico. Attività svolta anche in ambito di ricerca,
 - b. Competenze nella gestione ed utilizzo dei flussi informativi sanitari e nelle tematiche di direzione medica ad essi correlati.
 (materie, *a* e *b*, sulle quali peraltro verterà il previsto colloquio).
2. la dichiarazione da parte dei competenti organi sanitari della idoneità fisica alla mansione del profilo di appartenenza senza prescrizioni;
3. il nulla osta preventivo dell'azienda di appartenenza;
4. copia di un documento di riconoscimento valido.
5. una dichiarazione sostitutiva di certificazione con l'indicazione della tipologia di incarico attribuito e le valutazioni del Collegio Tecnico con allegata la scheda dell'ultima valutazione individuale (ove presente nel sistema organizzativo dell'azienda di provenienza. In assenza tale circostanza dovrà essere esplicitamente dichiarata dal candidato);

I titoli ed i documenti di cui sopra devono essere autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente (DPR 445/2000).

La documentazione allegata alle domande di partecipazione non sarà restituita a nessun candidato partecipante.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

Il candidato dovrà avvalersi delle dichiarazioni sostitutive previste dal DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio).

Le dichiarazioni sostitutive di cui al DPR 445/2000 devono contenere tutte le informazioni atte a consentire una corretta/esaustiva valutazione delle attestazioni in essa presenti, pena la valutazione nel senso meno favorevole al candidato:

- A) dichiarazione sostitutiva di certificazione** (Allegato A), da utilizzare nei casi riportati nell'elenco di cui all'art. 46 D.P.R. n° 445/2000 (per es. stato di famiglia, possesso di titolo di studio, possesso di specializzazione, ect..);
- B) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** (art. 47 D.P.R. n° 445/2000) (Allegato B), da utilizzare per tutti gli stati, fatti e qualità personali non presenti nel citato art. 46 DPR 445/2000 (ad esempio: attività di servizio...ect);
- C) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativa alla conformità all'originale di una copia di un atto**, di un documento, di una pubblicazione o di un titolo di studio (artt. 19 e 47 D.P.R. n° 445/2000) (Allegato C),.

Tutte le dichiarazioni sostitutive, di cui ai precedenti punti A, B e C devono riportare:

- 1) la seguente dicitura: il sottoscritto _____ sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara.....
- 2) l'autorizzazione al trattamento dei dati personali ex D. Lgs. 196/2003;
- 3) la sottoscrizione del dichiarante.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, di cui alle precedenti lettere B e C, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, se non sottoscritta dall'interessato in presenza dell'impiegato competente a ricevere la documentazione stessa.

In ogni caso le dichiarazioni sostitutive di cui ai precedenti punti A, B, e C devono contenere, a pena di non valutazione, tutte le informazioni atte a consentire una corretta/esaustiva valutazione delle attestazioni in essa presenti.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà concernente **il servizio prestato**, allegata o contestuale alla domanda, deve contenere: 1) l'esatta indicazione dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato (nominativo e sede della struttura; 2) la natura giuridica del rapporto di lavoro (contratto di dipendenza;...ect); 3) la qualifica rivestita (es. Dirigente Medico); 4) la tipologia del rapporto di lavoro (tempo pieno – parziale), con l'indicazione del numero di ore svolte alla settimana, ... ect); 5) la data di inizio e fine del rapporto di lavoro; 6) l'indicazione di eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare ...ect); 7) la causa di cessazione del rapporto di lavoro (es. scadenza del contratto a tempo determinato, dimissioni ...ect) 8) tutto ciò che si renda necessario, nel caso concreto, per valutare correttamente il servizio stesso.

Nella certificazione relativa ai servizi, il candidato deve attestare se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46, del D.P.R. n° 761/79, in presenza delle quali il punteggio deve essere ridotto. In caso positivo l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio.

La **conformità di una copia all'originale** può essere dichiarata solo mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 19 e 47 del DPR 445/2000 e con le modalità esplicitate nel presente avviso (vedi lett. C).

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa. Le pubblicazioni saranno valutate solo se presentate in originale, in copia autenticata ovvero in copia dichiarata conforme all'originale (con le modalità di cui agli artt. 19 e 47 DPR 445/2000).

Si ricorda che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, nel caso in cui dovessero emergere ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti, sono applicabili le sanzioni penali previste dalla normativa vigente.

AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI MOBILITA'

L'Unità Operativa Amministrazione Risorse Umane verifica la sussistenza dei requisiti richiesti dal bando di mobilità in capo ai candidati nonché la regolarità della presentazione della domanda (es. rispetto dei termini).

L'esclusione dalla procedura di mobilità è deliberata con provvedimento motivato del Direttore Generale. I candidati ammessi saranno valutati da un'apposita Commissione, secondo le procedure stabilite nel Regolamento per la disciplina della mobilità volontaria pubblicato sul sito dell'Istituto già richiamato. Ai sensi dell'art. 4 del predetto regolamento la valutazione dei candidati verrà effettuata previo colloquio che verterà oltre che sulla esperienza professionale, sul curriculum e sulla formazione del candidato e che tenderà a permettere alla Commissione di verificare e valutare prevalentemente la corrispondenza delle connotazioni del candidato, che debbono essere in ogni caso qualificate ed adeguate alla mansione e alla peculiarità dell'incarico, avendo altresì attenzione alla disponibilità mostrata per una proficua collaborazione interpersonale e interservizio.
Ancona, 24.04.2018

Pubblicato in data 26 APRILE 2018 sul portale WEB dell'Istituto (– www.inrca.it - Sez. Concorsi)

SCADENZA PER PRESENTAZIONE ISTANZE:
ORE 12.00 DEL GIORNO LUNEDÌ 28 MAGGIO 2018

Allegato a

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000

Il sottoscritto _____ nato a _____ Prov. (_____) il _____ residente in _____

Prov. (_____) Via _____ n° _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

D I C H I A R A

(a titolo esemplificativo si riportano alcune certificazioni effettuabili con la dichiarazione sostitutiva di certificazione in quanto presenti nelle ipotesi di cui all'art. 46 DPR 445/2000)

- di godere dei diritti civili e politici _____;
- di aver conseguito il seguente titolo di studio _____ presso _____ in data _____;
- di essere iscritto all'ordine professionale degli _____ della prov. di _____ al n° _____ -

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente certificazione .

DATA e LUOGO _____ (FIRMA) _____

I.N.R.C.A.
IDENTIFICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE

Io sottoscritto.....dipendente incaricato attesto che il

Sig.....della cui identità mi sono accertato mediante.....

ha apposto in mia presenza la propria firma in calce alla dichiarazione che precede, dopo averlo ammonito sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

.....li.....

Il dipendente incaricato

Allegato b

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445/2000

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente in _____
Via _____ n° _____.

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000,

D I C H I A R A

(da utilizzare per certificare tutti gli stati, fatti e qualità personali non presenti nel citato art. 46 DPR 445/2000 specificando con esattezza tutti gli elementi e dati necessari per la valutazione del titolo/documento autocertificato. La presente dichiarazione si può utilizzare, a titolo esemplificativo, utilizzare per autocertificare gli stati di servizio):

- di avere prestato ovvero di prestare servizio presso P.A. come sotto riportato:
P.A. _____ dal _____ al _____ in qualità di _____ natura del contratto
(contratto di dipendenza) _____ tipologia del contratto (tempo pieno – parziale) _____ per
numero ore settimanali _____. Ricorrono/non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R.
761/79 _____. Indicare le cause di risoluzione del rapporto di impiego (scadenza del
contratto, dimissioni).

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA _____

FIRMA _____

N.B. La dichiarazione (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).

I.N.R.C.A.
IDENTIFICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE

Io sottoscritto.....dipendente incaricato attesto che il
Sig.....della cui identità mi sono accertato mediante.....
ha apposto in mia presenza la propria firma in calce alla dichiarazione che precede, dopo averlo
ammonito sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.
.....Il..... Il dipendente incaricato

Allegato C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ DI CONFORMITÀ ALL'ORIGINALE DI COPIA

Ai sensi degli artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto _____ nato a _____ Prov _____ il _____ e residente in _____ Prov. _____ Via _____ n° ____.

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

(a titolo esemplificativo, si evidenzia che con la presente dichiarazione si può certificare la conformità all'originale di copia dei seguenti documenti)

➤ del titolo di studio _____ rilasciato da _____ in data _____ è conforme all'originale in possesso di _____;

➤ della pubblicazione dal titolo _____ edita da _____ in data _____, riprodotto per intero/estratto da pag. _____ a pag. _____ e quindi composta di n° _____ fogli, è conforme all'originale in possesso di _____;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA _____

FIRMA _____

N.B. La dichiarazione (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).

**I.N.R.C.A.
IDENTIFICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE**

Io sottoscritto.....dipendente incaricato attesto che il

Sig.....della cui identità mi sono accertato mediante.....

ha apposto in mia presenza la propria firma in calce alla dichiarazione che precede, dopo averlo ammonito sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

.....li.....

Il dipendente incaricato

FACSIMILE DI DOMANDA

(personale della dirigenza)

Al Direttore Generale
dell'INRCA
Via S. Margherita n. 5
60124 ANCONA AN

OGGETTO:

Passaggio diretto di personale tra amministrazioni diverse (art. 30 del D. Lgs.vo 30.03.2001, n. 165 e s.m.i.)

Domanda di mobilità volontaria (art. 20, comma 1 e 5 del C.C.N.L. per l'Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale Tecnica e Amministrativa 8.6.2000; art. 20, comma 1 e 5 del C.C.N.L. per l'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria 8.6.2000 per la parte non disapplicata dal testo coordinato del D.L. 24/6/2014 n.90 convertito con la legge 11/08/2014 n. 114).

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____

in Via _____ - telefono _____

dipendente del COMPARTO (*Indicare con X il comparto pubblico di appartenenza*):

- ☐ Agenzie fiscali
- ☐ Aziende
- ☐ Enti pubblici non economici
- ☐ Ministeri
- ☐ Presidenza del Consiglio dei Ministri
- ☐ Ricerca
- ☐ Università
- ☐ Regioni ed autonomie locali
- ☐ Sanità
- ☐ Scuola
- ☐ Enti art. 70 D.Lgs 165/01
- ☐ Accademie e conservatori

in servizio presso _____

con profilo professionale di _____

disciplina _____

a tempo indeterminato dal _____ con superamento periodo di prova dal _____

chiede

essere ammesso/a all'avviso pubblico di mobilità volontaria esterna per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico (Disciplina DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO) per i Presidi Marchigiani dell'Istituto.

Ogni comunicazione inerente il presente avviso dovrà essere inviata al seguente indirizzo:

Allega Curriculum formativo e professionale redatto in forma di autocertificazione ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nulla osta preventivo della azienda di appartenenza e attestazione di incondizionata idoneità alla mansione.

data_____

firma_____