

**ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N. 1161 DEL 21.12.2018**

**REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE “VCO”**

**AVVISO DI INTERPELLO PER INTERSCAMBIO**

Atteso il ricevimento da parte delle Aziende promotrici del concorso pubblico per n.20 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere, con utilizzo interaziendale della graduatoria, di istanze di candidati nominati a tempo indeterminato presso una delle Aziende promotrici che chiedono di essere trasferiti in una diversa Azienda tra le medesime.

Dato atto dell’avvenuto esperimento della procedura di mobilità ordinaria interregionale ed interaziendale fra le Aziende promotrici

**VIENE INDETTO AVVISO DI INTERPELLO PER INTERSCAMBIO**

**(NOTA CIRCOLARE DPF 20506 P-4.17.1.7.4 DEL 27.03.2015)**

**FRA LE AZIENDE PROMOTRICI DEL CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 20 POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE (CAT. D) LA CUI GRADUATORIA GENERALE E’ STATA APPROVATA CON DELIBERAZIONE N. 602 DEL 3.7.2018, ovvero:**

**ASL VC Vercelli,**

**ASL VCO Omegna,**

**ASL NO Novara**

**AOU Maggiore della Carità di Novara.**

Possono presentare istanza i candidati collocati nella graduatoria suddetta e già assunti a tempo indeterminato presso una delle aziende promotrici alla data di scadenza del presente avviso.

**REQUISITI PER LA PARTECIPAZIONE**

1. Status di dipendente a tempo indeterminato con qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere cat. “D” presso una delle seguenti Aziende promotrici: ASL VC Vercelli, ASL VCO Omegna, ASL NO Novara e AOU Maggiore della Carità di Novara;

2. collocazione nella graduatoria concorsuale per Coll. Prof. San. Infermiere approvata con Deliberazione n. 602 del 3.7.2018

I requisiti prescritti di cui ai punti 1, 2, devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso per la presentazione delle domande di partecipazione.

## PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande di ammissione all'avviso, secondo lo schema allegato, redatte su carta semplice, sottoscritte ed indirizzate al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale "VCO", devono essere presentate entro e non oltre le ore 12.00 del trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Sito Internet dell'ASL VCO di Omegna, nonché sui siti istituzionali delle altre aziende promotrici.

La domanda, secondo lo schema allegato, potrà essere prodotta entro il termine di scadenza con una delle seguenti modalità:

1. con consegna a mano, direttamente presso l'ufficio protocollo dell'ASL VCO
2. con invio telematico da un indirizzo di posta elettronica certificata alla seguente posta elettronica certificata: [protocollo@pec.aslvco.it](mailto:protocollo@pec.aslvco.it).
3. via posta raccomandata A/R all'indirizzo: AL VCO – Via Mazzini n.117 – 28887 Omegna (VB).

Il canale della posta elettronica certificata potrà essere, discrezionalmente, utilizzato dall'Azienda nel prosieguo delle proprie comunicazioni relative all'iter procedurale.

La domanda dovrà essere sottoscritta e deve essere indicata **una unica opzione di sede**, identificata nella sede legale delle Aziende promotrici, tenuto conto che l'opzione espressa si intende riferita a tutte le sedi di presidi/servizi esistenti sul territorio dell'azienda opzionata.

La sottoscrizione dell'istanza non è soggetta ad autenticazione, ma dovrà essere accompagnata dalla fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Per le domande inoltrate a mezzo del servizio postale, la data di spedizione è comprovata dal timbro a data dell'ufficio postale accettante. L'amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Ai sensi del Regolamento Europeo sulla Privacy, artt.123 e 14 del GDPR 676/2016, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Struttura Complessa Gestione Personale e Formazione per le finalità di gestione del bando e saranno trattati 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 dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla procedura medesima. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla posizione giuridico-economica del candidato.

## PROCEDURA DI INTERSCAMBIO

L'esclusione dalla procedura di interpello sarà notificata all'interessato con comunicazione scritta all'indirizzo email indicato nella domanda.

L'ASL VCO provvederà a stilare apposito elenco delle domande pervenute secondo l'ordine di graduatoria concorsuale, con indicazione dell'azienda di appartenenza e dell'azienda opzionata, quindi la posizione degli istanti nel suddetto elenco rispetterà l'ordine di graduatoria del concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di n. 20 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere (Cat. D), la cui graduatoria generale è stata approvata con deliberazione dell'ASL VC n. 602 del 3.7.2018.

**Esaurita la compensazione non sarà tenuto elenco delle domande eccedenti.**

**La decorrenza della mobilità sarà concordata fra le aziende coinvolte, secondo le esigenze di servizio, al fine di scongiurare vuoti di organico e salvaguardare la continuità assistenziale.**

Le Amministrazioni si riservano la facoltà di prorogare, sospendere o revocare la presente procedura qualora se ne rilevasse la necessità e l'opportunità per ragioni di pubblico interesse o in presenza di vincoli legislativi nazionali o regionali che dovessero successivamente sopravvenire.

IL DIRETTORE GENERALE  
( Dott. Angelo Penna)

**PUBBLICATO ALL'ALBO PRETORIO NONCHE' SUL SITO INTRANET AZIENDALE  
IN DATA 28.12.2018**

**SCADENZA: ore 12.00 del 28.01.2019**

## Domanda di ammissione all'avviso di interpello per interscambio

AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE "VCO"

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ (cognome e nome; per),  
chiede di essere ammesso /a alla procedura di interscambio fra le aziende promotrici del concorso pubblico,  
per titoli ed esami, per la copertura di n. 20 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere (cat.  
D).

A tale scopo, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,  
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi  
richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R., dichiara :

- di occupare la seguente posizione nella graduatoria concorsuale approvata con Deliberazione n. 602 del  
3.7.2018: \_\_\_\_\_;

- di essere stato assunto a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_ presso:

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ASL VC | <input type="checkbox"/> ASL VCO                    |
| <input type="checkbox"/> ASL NO | <input type="checkbox"/> AOU MAGGIORE DELLA CARITA' |

- di manifestare la volontà di trasferirsi presso la seguente Azienda (esprimere una sola preferenza);

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ASL VC | <input type="checkbox"/> ASL VCO                    |
| <input type="checkbox"/> ASL NO | <input type="checkbox"/> AOU MAGGIORE DELLA CARITA' |

• di non aver riportato condanne penali (in caso affermativo specificare le condanne  
riportate) \_\_\_\_\_;

• di non aver subito sanzioni disciplinari e di non avere in corso procedimenti disciplinari;

• di possedere piena e incondizionata idoneità allo svolgimento delle mansioni proprie del profilo;

• di accettare tutte le prescrizioni contenute nell'avviso;

dichiaro di eleggere il seguente domicilio presso il quale inviare tutte le comunicazioni relative alla  
procedura di mobilità impegnandomi a comunicare eventuali successive variazioni ed esonerando l'A.S.L.  
VCO da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità:

cognome e nome \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ indirizzo  
e-mail \_\_\_\_\_;

dichiaro di manifestare consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati da parte dell'A.S.L.  
NO nel rispetto del GDPR 676/2016(Codice in materia di protezione dei dati personali) per gli adempimenti  
connessi alla presente procedura.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_