



AVVISO DI MOBILITA' COMPARTIMENTALE

In esecuzione del decreto del Direttore Generale dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia n. 489 del 26.8.2021, è indetto pubblico avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto, con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato, nel profilo di

Dirigente Medico
da inquadrare nella disciplina di Ginecologia ed Ostetricia
(Area Chirurgica e delle Specialità Chirurgiche)
da assegnare al Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria.

Art. 1: Premessa

Riferimenti normativi

Art. 30, comma 1, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. nonché il comma 2-bis dello stesso articolo, ai sensi del quale le amministrazioni, prima di procedere all'espletamento di procedure concorsuali, finalizzate alla copertura di posti vacanti in organico, devono attivare le procedure di mobilità di cui al comma 1, provvedendo, in via prioritaria, all'immissione in ruolo dei dipendenti, provenienti da altre amministrazioni, in posizione di comando o di fuori ruolo, appartenenti alla stessa area funzionale, che facciano domanda di trasferimento nei ruoli di ATS Brescia in cui prestano servizio.

D. Lgs. n. 198 del 11 aprile 2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246".

Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 in tema di privacy.

Regolamento per l'accesso dall'esterno al rapporto di lavoro di pubblico impiego presso l'A.T.S. di Brescia, approvato con Decreto D.G. n. 35 del 26.01.2018.

Livello retributivo: C.C.N.L. Area Sanità al tempo vigente.

Art. 2: Oggetto

Pubblico avviso, per titoli e colloquio, di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico da inquadrare nella disciplina di Ginecologia ed Ostetricia (Area Chirurgica e delle Specialità Chirurgiche), da assegnare al Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria, con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato.

Il presente avviso di mobilità non fa sorgere, in capo ai partecipanti, alcun diritto al trasferimento presso l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia che si riserva, a suo insindacabile giudizio, di non dare seguito alla presente procedura di mobilità.

Il profilo che si intende selezionare è quello di un Dirigente Medico da inquadrare nella disciplina di Ginecologia ed Ostetricia, con competenze specifiche nel campo ginecologico, con esperienza nella gestione della diagnosi e trattamento della patologia del tratto genitale inferiore femminile, al fine di coordinare le attività di screening con gli erogatori del territorio, nonché al fine di implementare il nuovo modello di prevenzione basato sull'introduzione del sistema HPV come test primario di screening.

Art. 3: Requisiti di ammissione

Per la partecipazione al presente avviso pubblico di mobilità è richiesto il possesso dei requisiti di ammissione e nello specifico è richiesto di:

- a) essere dipendente a tempo indeterminato, con avvenuto superamento del periodo di prova alla data di scadenza del presente avviso, nel profilo di Dirigente Medico, presso un'Azienda o

Ente del Servizio Sanitario Nazionale, inquadrato nella disciplina di Ginecologia ed Ostetricia (Area Chirurgica e delle Specialità Chirurgiche);

- b) non aver riportato condanne penali o di non avere procedimenti penali pendenti a carico;
- c) non aver subito sanzioni disciplinari e di non aver procedimenti disciplinari in corso.

Art. 4: Modalità di presentazione della domanda

I candidati devono presentare, secondo una delle sotto indicate modalità, apposita domanda firmata, in carta semplice.

Quest'ultima deve essere presentata utilizzando il fac-simile allegato al presente avviso (compilazione in stampatello) - entro e non oltre le ore **12,00 del 30° giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso** sul sito web dell'A.T.S. di Brescia (www.ats-brescia.it), nella **sezione "Pubblicità legale"**.

Qualora detto giorno cada di sabato o sia festivo, il termine di scadenza è prorogato alla stessa ora del primo giorno lavorativo successivo non festivo.

Il termine di scadenza esatto, determinato come sopra indicato, sarà precisato nella sopra indicata sezione del sito web dell'Agencia.

Detto termine di scadenza è perentorio e non si terrà conto delle domande, dei documenti e dei titoli che perverranno, qualunque ne sia la causa, dopo la chiusura dell'avviso.

Il mancato rispetto, da parte dei candidati, del termine sopra indicato per l'invio delle domande comporterà la non ammissione al presente avviso pubblico.

Le modalità ammesse di presentazione della domanda di partecipazione all'avviso pubblico sono le seguenti:

- **a mezzo P.E.C.** all'indirizzo protocollo@pec.ats-brescia.it, nel rispetto delle seguenti modalità:
 1. trasmissione, **via posta elettronica certificata** di un **unico file** sottoscritto **con firma digitale** del candidato;
 2. trasmissione, **via posta elettronica certificata**, anche non personale del candidato della **scansione in un unico file** del **documento sottoscritto con firma autografa del candidato**, con allegata scansione di un valido **documento di identità** del candidato.

oppure

- **a mezzo del servizio postale pubblico oppure privato**, con plico indirizzato al Direttore Generale dell'Agencia di Tutela della Salute di Brescia - Viale Duca degli Abruzzi n. 15 - 25124 Brescia. Le domande si considerano prodotte in tempo utile se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro e non oltre il termine indicato. A tal fine, fa fede il timbro, la data e l'ora dell'ufficio postale accettante. In questo caso si considerano comunque pervenute fuori termine, qualunque ne sia la causa, le domande presentate al servizio postale in tempo utile e recapitate a questa Agencia oltre 2 giorni dal termine di scadenza (qualora detto giorno cada di sabato o sia festivo, il termine di scadenza è prorogato alla stessa ora del primo giorno successivo non festivo);

oppure

- **direttamente**, a cura e responsabilità dell'interessato, presso l'**Ufficio Protocollo** dell'Agencia di Tutela della Salute di Brescia - Viale Duca degli Abruzzi n. 15 - 25124 Brescia (orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 08,30 alle ore 12,00 e dalle ore 14,00 alle ore 16,30) entro e non oltre il termine indicato. In tal caso, il candidato potrà richiedere all'ufficio del protocollo ricevuta comprovante l'avvenuta presentazione della domanda tramite **apposizione di timbro datario sulla copia del solo frontespizio della domanda**, in possesso del candidato.

Le anzidette modalità di presentazione della domanda e della documentazione di ammissione all'avviso di mobilità intercompartimentale, per il candidato che intenda avvalersene, si intendono tassative. Non saranno ammesse altre modalità di presentazione della domanda di partecipazione oltre a quelle prescritte dal presente avviso.

L'Agencia declina fin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dovute a inesatte indicazioni del recapito da parte dell'istante oppure a mancata o ritardata comunicazione del cambiamento dell'indirizzo, o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa

dell'amministrazione stessa. Parimenti l'Agenzia non risponde del mancato recapito o smarrimento della domanda di partecipazione imputabile a terzi, caso fortuito o di forza maggiore.

Art. 5: Documenti da allegare alla domanda di partecipazione

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 40, comma 1 del D.P.R. 445 del 2000 "Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47, pertanto, **non si terrà conto dei certificati rilasciati da pubbliche amministrazioni** che il candidato ritenesse di allegare alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico".

Si terrà conto unicamente delle autocertificazioni eseguite dal candidato nelle forme di legge (contenenti tutti i dati contenuti nei certificati originali, come se fossero stati rilasciati); ciò in quanto la vigente normativa considera le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati.

Alla domanda devono essere allegati, in aggiunta agli elementi auto dichiarati nella domanda di partecipazione all'avviso di mobilità, i seguenti elementi:

1. Dichiarazioni sostitutive di certificazioni ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 445/2000 formulate distintamente per:
 - Titoli di Studio posseduti, fra quelli ammessi dal presente avviso (scheda n. 1);
 - Eventi formativi frequentati, attinenti al profilo oggetto del presente avviso, negli ultimi 5 anni (scheda n. 5)
 - Pubblicazioni (scheda n. 6)
 - Attività didattica (scheda n. 7);
2. Dichiarazioni sostitutive di certificazioni ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 445/2000 formulate distintamente per:
 - Servizi presso Enti Pubblici (scheda n. 2);
 - Servizi presso Enti Privati Accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale (scheda n. 3);
 - Servizi presso Aziende Private Non Accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale (scheda n. 4);
3. Curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato dal candidato sarà oggetto di valutazione da parte della Commissione solo se debitamente autocertificato dal candidato mediante la modulistica di cui al presente avviso.
4. Elenco dei documenti presentati;
5. Copia del proprio documento di riconoscimento, in corso di validità.

In relazione alle summenzionate autocertificazioni, si precisa che il rilascio di dichiarazioni mendaci, è punito ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000.

Il candidato, infatti, decade automaticamente dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato dall' Agenzia sulla base delle false dichiarazioni del candidato (articolo 75 "Decadenza dei benefici" del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii.). Nel caso in specie il candidato decadrà dalla graduatoria finale adottata dall'Agenzia nonché dall'eventuale assunzione presso questa Agenzia qualora risultassero sue false dichiarazioni.

Si ricorda che, per essere considerate valide, le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie previste dalla certificazione che sostituiscono. La Commissione Esaminatrice non prenderà in considerazione, ai fini dell'attribuzione dell'eventuale punteggio, dichiarazioni incomplete.

Non è consentito il riferimento a documenti presentati a questa Agenzia in altre circostanze.

Art.6: Svolgimento del colloquio

I candidati che abbiano presentato la domanda, ai quali non sia stata comunicata l'esclusione dall'avviso di mobilità per difetto dei requisiti prescritti, sono tenuti a sostenere, con esito positivo, **il colloquio telematico**, muniti di un valido documento di riconoscimento, **in data e con le modalità tecniche che verranno successivamente pubblicate sul sito web dell'A.T.S. di Brescia (www.ats-brescia.it)**, nella **sezione "Pubblicità legale - Altri documenti"** (medesima sezione di pubblicazione dell'avviso), con un **preavviso di 5 giorni**. Verrà altresì pubblicato, a mero titolo di pubblicità-notizia, sul sito dell'Agenzia www.ats-brescia.it

nella sezione "Amministrazione Trasparente". Pertanto ai candidati non verrà inoltrata comunicazione individuale di invito a sostenere il colloquio.

I candidati che non si presenteranno a sostenere il colloquio stabilito saranno dichiarati rinunciari.

Art. 7: Materie del colloquio

Il colloquio verterà sui compiti del Dirigente Medico inquadrato nella disciplina di Ginecologia ed Ostetricia, con particolare riferimento a:

- percorsi e protocolli previsti dalle indicazioni Nazionali e di Regionale Lombardia a seguito dell'introduzione dell'HPV test come esame primario di screening
- controlli di qualità previsti a seguito dell'introduzione dell'HPV test come esame primario di screening
- l'impatto della vaccinazione anti HPV sullo screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina
- il nuovo significato del triage a seguito dell'introduzione dell'HPV test come esame primario di screening, sia per la popolazione sottoposta a citologia tradizionale che ad HPV test
- appropriatezza in ambito di citologia tradizionale e HPV test

Il candidato dovrà inoltre dimostrare adeguata conoscenza delle seguenti disposizioni:

- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, visionabile sul sito internet dell'Agenzia www.ats-brescia.it nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- Codice di Comportamento dell'A.T.S. di Brescia, approvato con Decreto del Direttore Generale A.T.S. Brescia n. 656 del 30.12.2020, visionabile sul sito internet dell'Agenzia www.ats-brescia.it nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione (PTPC) per il periodo 2021-2023 visionabile sul sito internet dell'Agenzia www.ats-brescia.it nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- Regolamento delle incompatibilità e delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, visionabile sul sito internet dell'Agenzia www.ats-brescia.it nella sezione "Agenzia - Regolamenti e protocolli dell'Agenzia".

Art. 8: Individuazione del vincitore

Al termine della selezione si procederà all'identificazione del candidato idoneo a ricoprire il posto bandito al quale è fatto obbligo richiedere l'assenso al trasferimento all'Amministrazione di provenienza, una volta accertata, a cura del Medico Competente di A.T.S. Brescia, l'idoneità psicofisica alla mansione specifica. Nel caso in cui l'Ente di provenienza non concedesse, entro i termini previsti da ATS, l'assenso alla mobilità ATS Brescia è facoltizzata a pronunciare la decadenza del candidato.

Ai sensi dell'art. 30, comma 2-bis, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., questa amministrazione provvederà, in via prioritaria, all'immissione in ruolo dei dipendenti, provenienti da altre amministrazioni, in posizione di comando o di fuori ruolo, appartenenti alla stessa area funzionale, che facciano domanda di trasferimento nei ruoli di ATS Brescia in cui prestano servizio.

ATS provvederà al conferimento dell'incarico dirigenziale coerentemente con le vigenti disposizioni contrattuali e a corrispondere al dirigente la retribuzione di posizione variabile sulla base della consistenza del relativo fondo aziendale, senza che il dirigente possa vantare la corresponsione di un importo maggiore attualmente in godimento.

ATS provvederà a corrispondere al dirigente la retribuzione di risultato sulla base della consistenza del relativo fondo aziendale, senza che il dirigente possa vantare la corresponsione di un importo maggiore attualmente in godimento.

L'accertamento di situazioni di incompatibilità in capo al vincitore della selezione, comporterà l'impossibilità di dar corso alla mobilità o, se già attuata, l'immediata risoluzione del contratto di lavoro, fatta salva per i casi di incompatibilità, la possibilità di rimuovere la stessa nei termini previsti dalla normativa in materia.

Art. 9: Norme finali

La presentazione della domanda comporta l'accettazione piena ed incondizionata delle norme contenute nel presente avviso.

Per quanto non previsto dal presente avviso alla normativa specificata in premessa e alle relative norme di rinvio.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Servizio Gestione Personale e Sviluppo Professionale dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia – Edificio n. 12 – Viale Duca degli Abruzzi n. 15 – Brescia - Telefono 030.383.8252 (orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 08,30 alle ore 12,00).

Firmato digitalmente
Direttore del Servizio Gestione Personale
e Sviluppo Professionale
Dott. Bruno Galetti

Al Direttore Generale
A.T.S. di Brescia
Viale Duca degli Abruzzi n. 15
25124 Brescia

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso di mobilità compartimentale per la copertura di n. **1 posto di Dirigente Medico da inquadrare nella disciplina di Ginecologia ed Ostetricia** (Area Chirurgica e delle Specialità Chirurgiche), da assegnare al Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria, indetto in esecuzione al Decreto del D.G. n. 489 del 26.8.2021 (pubblicato sul sito web dell'A.T.S. di Brescia (www.ats-brescia.it), nella sezione "Pubblicità Legale - Altri documenti" in data ____/____/2021 prot. n. ____)

Il/La sottoscritto/a
chiede di partecipare all'avviso di mobilità compartimentale in oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445:

1. di essere attualmente dipendente di ruolo, con avvenuto superamento del periodo di prova, nel profilo professionale di Dirigente medico, con incarico dirigenziale di, inquadrato nella disciplina di presso il seguente Ente Pubblico del SSN.....

(barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)

a tempo pieno;

oppure

con orario ridotto n. _____ ore settimanali, impegnandosi, in caso di attivazione della mobilità presso l'A.T.S. di Brescia, a rientrare a tempo pieno;

2. di essere **oppure** di non essere attualmente in posizione di comando presso ATS Brescia;
3. di essere nato/a nel seguente Stato.....
Comune di nascita.....(Prov.....) il...../...../.....
4. di essere anagraficamente residente nel seguente Stato:.....
Comune di residenza..... (Prov.....)
capVia..... n.....

5. che il proprio codice fiscale è

6. di possedere **(barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**:

la cittadinanza italiana

oppure

la cittadinanza del seguente Stato dell'Unione Europea:.....

oppure

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.**:..... titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente (indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....
rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

e di essere altresì **familiare** (indicare vincolo di parentela.....)

del seguente cittadino membro dell'UE:

cognome.....

nome.....

luogo di nascita.....stato estero di nascita.....

data di nascita.....

Stato di residenza anagrafica

indirizzo di residenza anagrafica

oppure

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.:**.....

titolare del seguente **permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo** (indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....

rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

oppure

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.:**.....

titolare del seguente permesso di soggiorno rilasciato per lo **status di "rifugiato"** (indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....

rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

oppure

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.:**.....

titolare del seguente permesso di soggiorno rilasciato per lo **status di "protezione sussidiaria"** (indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....

rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

7. di essere:

iscritto/a nelle liste elettorali dello Stato.....

Comune.....(Prov.....)

ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)

non iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi

8. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)

di essere a conoscenza di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali:

.....

9. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)

di aver riportato le seguenti condanne penali e/o di essere stato destinatario dei seguenti provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa:

.....

10. di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari negli ultimi 2 anni e di non aver procedimenti disciplinari pendenti;

ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)

di essere stato sottoposto ai seguenti procedimenti disciplinari, negli ultimi 2 anni, e/o di essere attualmente sottoposto ai seguenti procedimenti disciplinari:

.....

11. di essere nella seguente posizione agli effetti militari:

non tenuto all'espletamento

dispensato

riformato

con servizio svolto dal

Data inizio (gg/mm/aa):/...../..... Data fine (gg/mm/aa):...../...../.....

in qualità di.....

(indicare grado/qualifica)

presso

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445:

12. di non essere stato destituito o dispensato dal Servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

13. di avere conseguito nelle schede valutazione degli ultimi 5 anni i seguenti punteggi:

anno 2016 – punteggio competenze:..... (minimo- massimo)

“ “ – punteggio progetti obiettivi/r.a.r.:..... (minimo.....- massimo.....)

anno 2017 – punteggio competenze:..... (minimo- massimo)

“ “ – punteggio progetti obiettivi/r.a.r.:..... (minimo.....- massimo.....)

anno 2018 – punteggio competenze:..... (minimo- massimo)

“ “ – punteggio progetti obiettivi/r.a.r.:..... (minimo.....- massimo.....)

anno 2019 – punteggio competenze:..... (minimo- massimo)

“ “ – punteggio progetti obiettivi/r.a.r.:..... (minimo.....- massimo.....)

anno 2020 – punteggio competenze:..... (minimo- massimo)

“ “ – punteggio progetti obiettivi/r.a.r.:..... (minimo.....- massimo.....)

14. di appartenere alla seguente categoria protetta:.....

.....

Il sottoscritto allega inoltre, come prescritto dall'avviso di mobilità, le seguenti schede, che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente domanda **(barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata):**

scheda n. 1 autodichiarazione relativa al possesso dei titoli di studio, composta da n. _____ fogli;

scheda n. 2 autodichiarazione relativa al servizio effettivo prestato presso gli Enti Pubblici, composta da n. _____ fogli;

scheda n. 3 autodichiarazione relativa al servizio effettivo prestato presso altri Enti Privati Accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale, composta da n. _____ fogli;

- scheda n. 4** autodichiarazione relativa al servizio effettivo prestato presso Aziende Private Non Accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, composta da n. _____ fogli;
- scheda n. 5** autodichiarazione relativa alla partecipazione agli eventi formativi, composta da n. ____ fogli;
- scheda n. 6** autodichiarazione relativa alle pubblicazioni composta da n. ____ fogli;
- scheda n. 7** autodichiarazione relativa alla attività didattica, composta da n. ____ fogli;

Il/La sottoscritto/a **dichiara**, inoltre, di accettare tutte le indicazioni e prescrizioni contenute nell'avviso di mobilità.

Il/La sottoscritto/a **dichiara**, altresì, di eleggere il seguente domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni eventuale comunicazione, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive ed esonerando l'A.T.S. di Brescia da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità (fermo restando che in caso di invio della presente domanda tramite PEC equivale automaticamente a elezione di domicilio informatico ad ogni effetto):

Sig./Sig.ra.....
 presso.....
 Via..... n.
 Frazione
 del Comune di (Prov.)
 c.a.p.....TelefonoCellulare.....
 indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC).....
 indirizzo di Posta Elettronica

Allega alla presente domanda l'elenco dei documenti e dei titoli presentati.
 Allega altresì il proprio Curriculum vitae.

Luogo,..... data

 Firma

N.B.: Nel caso in cui la presente domanda non venga presentata personalmente all'Ufficio, andrà allegata copia di un valido documento di riconoscimento.

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Il sottoscritto allega fotocopia fronte-retro del documento di identità
 rilasciato da..... in data

Sottoscrizione in presenza del dipendente addetto - A.T.S. di Brescia - Servizio Gestione Personale e Sviluppo Professionale

Attesto che il dichiarante Sig., identificato tramite (indicare se "conoscenza personale" o indicare gli estremi del documento di riconoscimento), ammonito in merito alle conseguenze di chi rende dichiarazioni mendaci, ha reso e sottoscritto in mia presenza la sujestesa dichiarazione.

Luogo....., data

IL FUNZIONARIO INCARICATO

 (Firma leggibile e qualifica)

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico da inquadrare nella disciplina di Ginecologia ed Ostetricia, indetto in esecuzione al Decreto del Direttore Generale n. 489 del 26.8.2021.

Il/La sottoscritto/a.....
 nato/a a.....il....., in
 relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici",
 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni
 sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace
 e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28.12.2000, n.
 445, di essere in possesso dei seguenti **titoli di studio**:

Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia
 conseguito in data.....
 presso
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

Diploma di specializzazione in
 conseguito in data.....
 presso
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

Diploma
 conseguito in data.....
 presso
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

Ulteriori titoli conseguiti:
 Tipologia del titolo conseguito:
 Master Universitario __ livello in.....
 Dottorato di ricerca in.....
 Denominazione legale del titolo conseguito.....
 durata legale del corso di studi.....conseguito il.....
 presso.....
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

Nel caso in cui il titoli di studio risulti conseguito all'estero allegare il provvedimento ministeriale di riconoscimento di equipollenza al corrispondente titolo di studio italiano.

Foglio n..... di (firma).....

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto Dirigente Medico da inquadrare nella disciplina di Ginecologia ed Ostetricia, indetto in esecuzione al Decreto del Direttore Generale n. 489 del 26.8.2021.

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a..... il....., in relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di **aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso Enti Pubblici** come risulta dai riquadri sottostanti (indicare i periodi con esattezza senza arrotondamenti; i periodi generici non verranno valutati):

(in caso di più servizi utilizzare più moduli)

Azienda / Ente..... Indirizzo Azienda / Ente..... Profilo professionale di inquadramento..... Disciplina di inquadramento Incarico dirigenziale ricoperto Da (gg/mm/aa inizio)/...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi)/...../..... n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale)(indicare la percentuale oraria) Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) Causa di risoluzione rapporto di lavoro..... <small>Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio:.....</small>

Azienda / Ente..... Indirizzo Azienda / Ente..... Profilo professionale di inquadramento..... Disciplina di inquadramento Incarico dirigenziale ricoperto Da (gg/mm/aa inizio)/...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi)/...../..... n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale)(indicare la percentuale oraria) Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) Causa di risoluzione rapporto di lavoro..... <small>Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio:.....</small>

il servizio prestato all'estero non può essere autocertificato, a meno che lo stesso risulti trascritto in pubblici registri in Italia, nel qual caso indicare gli estremi del provvedimento di trascrizione in Italia:

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei predetti servizi da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n..... di (firma).....

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico da inquadrare nella disciplina di Ginecologia ed Ostetricia, indetto in esecuzione al Decreto del Direttore Generale n. 489 del 26.8.2021.

Il/La sottoscritto/a.....
 nato/a a.....il....., in relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di **aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso Enti Privati Accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale** come risulta dai riquadri sottostanti (indicare i periodi con esattezza senza arrotondamenti; i periodi generici non verranno valutati):

(in caso di più servizi utilizzare più moduli)

Azienda / Ente..... Indirizzo Azienda / Ente..... Profilo professionale di inquadramento..... Disciplina di inquadramento Incarico dirigenziale ricoperto Da (gg/mm/aa inizio)/...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi)/...../..... n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale)(indicare la percentuale oraria) Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) Causa di risoluzione rapporto di lavoro..... Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio:..... <input type="checkbox"/> Si allega copia fotostatica della documentazione comprovante l'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. pagine e contrassegnata con il numero

Azienda / Ente..... Indirizzo Azienda / Ente..... Profilo professionale di inquadramento..... Disciplina di inquadramento Incarico dirigenziale ricoperto Da (gg/mm/aa inizio)/...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi)/...../..... n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale)(indicare la percentuale oraria) Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) Causa di risoluzione rapporto di lavoro..... Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio:..... <input type="checkbox"/> Si allega copia fotostatica della documentazione comprovante l'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. pagine e contrassegnata con il numero

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei predetti servizi da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n..... di (firma).....

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico da inquadrare nella disciplina di Ginecologia ed Ostetricia, indetto in esecuzione al Decreto del Direttore Generale n. 489 del 26.8.2021.

Il/La sottoscritto/a.....
 nato/a a.....il....., in
 relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici",
 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni
 sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace
 e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.
 445, di **aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso Aziende Private Non Accreditate con il
 Servizio Sanitario Nazionale** come risulta dai riquadri sottostanti (indicare i periodi con esattezza senza
 arrotondamenti; i periodi generici non verranno valutati):

(in caso di più servizi utilizzare più moduli)

Azienda / Ente..... Indirizzo Azienda / Ente..... Profilo professionale di inquadramento..... Disciplina di inquadramento Incarico dirigenziale ricoperto Da (gg/mm/aa inizio)/...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi)/...../..... n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale)(indicare la percentuale oraria) Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) Causa di risoluzione rapporto di lavoro..... Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio:..... <input type="checkbox"/> Si allega copia fotostatica della documentazione comprovante l'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. pagine e contrassegnata con il numero
--

Azienda / Ente..... Indirizzo Azienda / Ente..... Profilo professionale di inquadramento..... Disciplina di inquadramento Incarico dirigenziale ricoperto Da (gg/mm/aa inizio)/...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi)/...../..... n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale)(indicare la percentuale oraria) Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) Causa di risoluzione rapporto di lavoro..... Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio:..... <input type="checkbox"/> Si allega copia fotostatica della documentazione comprovante l'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. pagine e contrassegnata con il numero
--

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei predetti servizi da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n..... di

(firma).....

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico da inquadrare nella disciplina di Ginecologia ed Ostetricia, indetto in esecuzione al Decreto del Direttore Generale n. 489 del 26.8.2021.

Il/La sottoscritto/a.....
 nato/a a.....il....., in
 relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici",
 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni
 sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace
 e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.
 445, di **avere partecipato, in qualità di uditore, negli ultimi 5 anni, ai seguenti eventi formativi
 attinenti al profilo** come risulta dai riquadri sottostanti:

(in caso di più eventi utilizzare più moduli)

Evento Formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop)..... Titolo Evento in qualità di (relatore/partecipante) Organizzato da..... <p style="text-align: center;">(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)</p> Sede Evento..... in data (data svolgimento corso) per complessivi giorni per complessive ore <input type="checkbox"/> Trattasi di evento formativo svolto non presso enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestato finale, sottoscritta sul retro, composta di n. pagine e contrassegnata con il numero

Evento Formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop)..... Titolo Evento in qualità di (relatore/partecipante) Organizzato da..... <p style="text-align: center;">(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)</p> Sede Evento..... in data (data svolgimento corso) per complessivi giorni per complessive ore <input type="checkbox"/> Trattasi di evento formativo svolto non presso enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestato finale, sottoscritta sul retro, composta di n. pagine e contrassegnata con il numero

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei predetti eventi formativi da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n..... di (firma).....

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico da inquadrare nella disciplina di Ginecologia ed Ostetricia, indetto in esecuzione al Decreto del Direttore Generale n. 489 del 26.8.2021.

Il/La sottoscritto/a.....
 nato/a a.....il....., in
 relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici",
 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni
 sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace
 e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.
 445, di **essere stato autore, negli ultimi 5 anni, delle seguenti pubblicazioni attinenti al profilo**,
 come risulta dai riquadri sottostanti:

(in caso di più pubblicazioni utilizzare più moduli)

Tipo di pubblicazione (indicare se libro, abstract, poster)..... Titolo della pubblicazione..... Indicare se AUTORE o COAUTORE Pubblicato da (indicare nome Rivista o Casa Editrice)..... Anno di pubblicazione..... Riproduzione per intero/per estratto, da pag. a pag. Vedi allegato n..... : <input type="checkbox"/> originale <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> copia fotostatica conforme all'originale (art. 19 D.P.R. 445/2000)

Tipo di pubblicazione (indicare se libro, abstract, poster)..... Titolo della pubblicazione..... Indicare se AUTORE o COAUTORE Pubblicato da (indicare nome Rivista o Casa Editrice)..... Anno di pubblicazione..... Riproduzione per intero/per estratto, da pag. a pag. Vedi allegato n..... : <input type="checkbox"/> originale <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> copia fotostatica conforme all'originale (art. 19 D.P.R. 445/2000)

Tipo di pubblicazione (indicare se libro, abstract, poster)..... Titolo della pubblicazione..... Indicare se AUTORE o COAUTORE Pubblicato da (indicare nome Rivista o Casa Editrice)..... Anno di pubblicazione..... Riproduzione per intero/per estratto, da pag. a pag. Vedi allegato n..... : <input type="checkbox"/> originale <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> copia fotostatica conforme all'originale (art. 19 D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione delle predette pubblicazioni da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n..... di **(firma).....**

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico da inquadrare nella disciplina di Ginecologia ed Ostetricia, indetto in esecuzione al Decreto del Direttore Generale n. 489 del 26.8.2021.

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a.....il....., in relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di **avere svolto, negli ultimi 5 anni, in qualità di docente, la seguente attività didattica attinenti al profilo**, come risulta dai riquadri sottostanti:

Evento Formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop)..... Titolo Evento in qualità di (relatore/partecipante) Organizzato da..... <div style="text-align: center; font-size: small;">(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)</div> Sede Evento..... in data (data svolgimento corso) per complessivi giorni per complessive ore <input type="checkbox"/> Trattasi di evento formativo svolto non presso enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestato finale, sottoscritta sul retro, composta di n. pagine e contrassegnata con il numero

Evento Formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop)..... Titolo Evento in qualità di (relatore/partecipante) Organizzato da..... <div style="text-align: center; font-size: small;">(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)</div> Sede Evento..... in data (data svolgimento corso) per complessivi giorni per complessive ore <input type="checkbox"/> Trattasi di evento formativo svolto non presso enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestato finale, sottoscritta sul retro, composta di n. pagine e contrassegnata con il numero

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione delle predette pubblicazioni da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n..... di (firma).....

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.
