Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ATS Brescia

SCADENZA: ORE 12,00 DEL 04.01.2023

AVVISO DI MOBILITA' INTERCOMPARTIMENTALE

In esecuzione del decreto del Direttore Generale dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia n. 725 del 02.12.2022 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

Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere - Cat. D

da assegnare alla Struttura Complessa
"SC Qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie"

Art. 1: Premessa

Riferimenti normativi:

- Art. 30, comma 1, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.;
- 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. Comparto Sanità al tempo vigente.

Art. 2: Oggetto

Pubblico avviso, per titoli e colloquio, di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere - Cat. D da assegnare alla Struttura Complessa "SC Qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie", 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.

Art. 3: Requisiti di ammissione

Per la partecipazione al presente pubblico avviso 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 Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere - Cat. D, presso un'Azienda o Ente del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero con profilo corrispondente a quello oggetto di mobilità presso le Amministrazioni Pubbliche di cui all'art. 1, comma 2 del D. Lgs 165 del 2001 e s.m.i.;
b) non avere subito condanne penali per reati contro la Pubblica Amministrazione, oppure condanne penali che impediscano la costituzione di rapporti di pubblico impiego ai sensi delle vigenti disposizioni.
c) non avere procedimenti penali pendenti per reati contro la Pubblica Amministrazione, oppure procedimenti penali pendenti per reati che impediscano la costituzione di rapporti di pubblico impiego ai sensi delle vigenti disposizioni.
d) non aver subito sanzioni disciplinari e non aver procedimenti disciplinari in corso.

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 1/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

I suddetti requisiti devono essere posseduti, a pena di esclusione, oltre che alla data di scadenza del termine stabilito nel presente avviso, anche alla data del successivo ed 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.

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 nel frontespizio del bando.
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'Agenzia 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 Agenzia 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'Agenzia 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'Agenzia 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

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 2/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

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 nel profilo presso Enti Pubblici (scheda n. 2);
   - Servizi nel profilo presso Enti Privati Accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale (scheda n. 3);
   - Servizi nel profilo 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
Le domande pervenute saranno preliminarmente esaminate della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ai fini dell'accertamento dei requisiti di ammissibilità. Alla selezione saranno ammessi tutti coloro che presenteranno domanda di partecipazione in regola con i requisiti richiesti dal bando.
L'elenco dei candidati ammessi, la data e la sede di svolgimento del colloquio verranno pubblicati sul sito internet Aziendale, www.ats-brescia.it, nella sezione "Amministrazione Trasparente – Bandi di concorso – Bandi e Avvisi –Procedure di mobilità"– almeno 5 giorni prima

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 3/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

della data del colloquio stesso: **pertanto la comunicazione sul sito aziendale ha valore di notifica a tutti gli effetti.** I candidati ammessi dovranno presentarsi al colloquio muniti di valido documento d'identità.

I candidati che non si presenteranno a sostenere il colloquio nel giorno, nell'ora e nella sede stabilita, saranno dichiarati rinunciatari all'avviso, qualunque sia la causa dell'assenza, anche se non dipendente dalla volontà dei singoli concorrenti.

Al colloquio i candidati dovranno presentarsi muniti di documento di identità valido a norma di legge. Il colloquio potrà essere svolto con modalità telematica. Con la nota di convocazione verranno fornite ulteriori indicazioni.

Sono fatte salve ulteriori e diverse disposizioni in tema di sicurezza che risulteranno vigenti alla data di svolgimento dei colloqui. In particolare potrà essere previsto il colloquio con modalità telematiche: in tal caso ne verrà data comunicazione sul sito aziendale – con valore di notifica a tutti gli effetti -, nella sezione Amministrazione Trasparente – Bandi di Concorso – bandi e avvisi – procedure di mobilità.

Art. 7: Materie del colloquio

Il colloquio verterà sulle seguenti materie**:**

- Il ruolo delle ATS e delle ASST nel Sistema Socio Sanitario Lombardo;
- Compiti e funzioni del Dipartimento PAAPSS
- La documentazione sanitaria: cartella clinica e cartella infermieristica.

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, visionabile sul sito internet dell'Agenzia www.ats-brescia.it nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione (PTPC) 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".
- Caratteristiche e funzioni delle Agenzie di Tutela della Salute dopo l'emanazione della Legge Regionale 11 agosto 2015 n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", e ss.mm.ii.
- Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico, visionabile sul sito dell'A.T.S. di Brescia (www.ats-brescia.it)

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. Nel caso in cui l'Ente di provenienza non conceda l'assenso alla mobilità, ovvero conceda l'assenso alla mobilità con decorrenza del trasferimento oltre i 60 giorni dalla richiesta, ATS ha la facoltà di pronunciare la decadenza del candidato.

Si precisa che nel caso in cui il vincitore avesse un rapporto di lavoro a tempo parziale presso l'Azienda di origine, l'assunzione presso ATS Brescia comporterà, pena decadenza, il ripristino del rapporto a tempo pieno.

L'accertamento di situazioni di incompatibilità o inconferibilità in capo al vincitore della selezione, rispetto all'incarico di cui trattasi 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 le stesse nei termini previsti dalla normativa in materia.
L'Agenzia si riserva, a suo insindacabile giudizio, la possibilità di scorrere la graduatoria scaturente dal presente Avviso per l'assunzione di ulteriori posizioni rispetto al posto bandito, in

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 4/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

relazione alle necessità aziendali, con assegnazione anche presso Strutture diverse da quella bandita. Non trattandosi di graduatoria di concorso pubblico, non sussistono preclusioni all'utilizzo di graduatorie concorsuali esterne per lo stesso profilo, ovvero all'indizione di concorso pubblico.

Art. 9: Norme finali

Tutte le comunicazioni ai candidati, relative al presente avviso verranno pubblicate sul sito internet Aziendale, **www.ats-brescia.it**, nella sezione "Amministrazione Trasparente – Bandi di concorso – Bandi e Avvisi – Procedure di mobilità". Le stesse hanno valore di notifica a tutti gli effetti.

La domanda di trasferimento non è vincolante per l'azienda, la quale, sulla base dei titoli presentati e di un colloquio, individuerà il candidato idoneo.
In applicazione dell'art. 7, comma 1) del D. Lgs. 30.3.2001, n. 165 è garantita parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro.

Per quanto non contemplato nel presente bando si intendono qui richiamate a tutti gli effetti le vigenti norme di legge o disposizioni contrattuali.

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

L'ATS di Brescia si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di prorogare, sospendere, modificare, revocare o annullare il presente avviso senza che ciò comporti diritti o pretese di sorta a favore dei candidati. L'Agenzia si riserva comunque di non procedere all'attribuzione dell'incarico sopra evidenziato per effetto di sopraggiunte disposizioni normative e/o circostanze ostative.
L'amministrazione si riserva, infine, la facoltà di non procedere all'assunzione derivante dall'approvazione della graduatoria, rimessa in esito alla procedura selettiva di mobilità, senza che per gli interessati insorga alcuna pretesa o diritto di assunzione.

I dati personali forniti dai candidati con la domanda di partecipazione all'avviso di mobilità, saranno trattati per le finalità di gestione della procedura e per quelle connesse all'eventuale procedimento di assunzione (Reg. UE n. 679/2016 e D. Lgs. n. 196/2003).
Per ulteriori informazioni rivolgersi alla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia – Edificio n. 12 – Viale Duca degli Abruzzi n. 15 –Brescia - Telefono 030.383.8253 - 8291 (orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 08,30 alle ore 12,00).

Firmato digitalmente
Direttore della SC Gestione e Sviluppo
delle Risorse Umane
Dott. Bruno Galetti

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 5/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

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

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. **1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere - Cat. D - da assegnare alla Struttura Complessa "SC Qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie",** indetto in esecuzione al Decreto del D.G. n. 725 del 02.12.2022.

Il/La sottoscritto/a …….

chiede di partecipare all'avviso di mobilità intercompartimentale 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 …….cat./livello…….
   presso il seguente Ente Pubblico……
   (*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 nato/a nel seguente Stato.....
   Comune di nascita……(Prov.....) il……/……/…….
3. di essere anagraficamente residente nel seguente Stato:……
   Comune di residenza…… (Prov.....)
   cap .....Via..... n……
4. che il proprio codice fiscale è ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐
5. ☐ di possedere il seguente numero di partita IVA: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
   oppure
   ☐ di non possedere partita IVA
6. di essere fisicamente idoneo all'impiego;
7. 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……/……/……

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 6/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

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……/……/……

8. di essere:

   ☐ iscritto/a nelle liste elettorali dello Stato……

   Comune……(Prov……)

   ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)

9. ☐ non iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi ……

10. ☐ 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:

    ……

11. ☐ 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)

12. ☐ 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:

    ……

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 7/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

13. ☐ 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: ……

14. 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:

15. di essere fisicamente idoneo all'impiego;
16. di non essere stato destituito o dispensato dal Servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
17. di avere conseguito nelle schede tui degli ultimi 5 anni i seguenti punteggi:

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.....)

anno 2021 – punteggio competenze:…… (minimo ……..…..…..- massimo …..……..)

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

18. ☐ 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;

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 8/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

☐ **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.....Telefono .....Cellulare.....

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 - SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane

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 suestesa dichiarazione.

Luogo....., data .....

IL FUNZIONARIO INCARICATO

_____
(Firma leggibile e qualifica)

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 9/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

SCHEDA n. 1

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere - Cat. D - da assegnare alla Struttura Complessa "SC Qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie", indetto in esecuzione al Decreto del Direttore Generale n. 725 del 02.12.2022.

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** (di cui agli ordinamenti non ancora riformulati ai sensi del decreto ministeriale n. 509 del 1999),
conseguito in data……
presso ……
(***denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)***

☐ Diploma di **Laurea Specialistica** (D.M. 28 novembre 2000 e D.M. 05 maggio 2004);
conseguito in data……
presso ……
(***denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)***

☐ Diploma di **Laurea Magistrale nella classe** (D.M. 270/2004)
conseguito in data……
presso ……
(***denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)***

Ulteriori titoli conseguiti**:**
Tipologia del titolo conseguito:
☐ Master Universitario II 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.

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 10/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

SCHEDA n. 2

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere - Cat. D - da assegnare alla Struttura Complessa "SC Qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie", indetto in esecuzione al Decreto del Direttore Generale n. 725 del 02.12.2022.
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……Cat./Livello……..

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:……

Azienda / Ente……..

Indirizzo Azienda / Ente……

Profilo professionale di inquadramento……Cat./Livello……..

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:……

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.

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 11/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

SCHEDA n. 3

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere - Cat. D - da assegnare alla Struttura Complessa "SC Qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie", indetto in esecuzione al Decreto del Direttore Generale n. 725 del 02.12.2022.

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……Cat./Livello……

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:……

☐ **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……Cat./Livello……

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:……

☐ **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.

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 12/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

SCHEDA n. 4

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere - Cat. D - da assegnare alla Struttura Complessa "SC Qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie", indetto in esecuzione al Decreto del Direttore Generale n. 725 del 02.12.2022.

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……Cat./Livello……

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:……

☐ **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……Cat./Livello……

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:……

☐ **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.

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 13/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

SCHEDA n. 5

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere - Cat. D - da assegnare alla Struttura Complessa "SC Qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie", indetto in esecuzione al Decreto del Direttore Generale n. 725 del 02.12.2022.

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 <u>qualità di uditore</u>, negli ultimi 5 anni, ai seguenti <u>eventi formativi</u> 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……

(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)

Sede Evento……

in data (data svolgimento corso) …… per complessivi giorni ……. per complessive ore ……

☐ 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……

(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)

Sede Evento……

in data (data svolgimento corso) …… per complessivi giorni ……. per complessive ore ……

☐ 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.

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 14/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

SCHEDA n. 6

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere - Cat. D - da assegnare alla Struttura Complessa "SC Qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie", indetto in esecuzione al Decreto del Direttore Generale n. 725 del 02.12.2022.

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 <u>pubblicazioni</u> 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.……**: ☐ originale *oppure* ☐ 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.……**: ☐ originale *oppure* ☐ 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.……**: ☐ originale *oppure* ☐ 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.

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 15/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

SCHEDA n. 7

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità intercompartimentale per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere - Cat. D - da assegnare alla Struttura Complessa "SC Qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie", indetto in esecuzione al Decreto del Direttore Generale n. 725 del 02.12.2022.

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……

(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)

Sede Evento……

in data (data svolgimento corso) …… per complessivi giorni ……. per complessive ore ……

☐ 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……

(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)

Sede Evento……

in data (data svolgimento corso) …… per complessivi giorni ……. per complessive ore ……

☐ 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.

Documento con Contrassegno Elettronico - Pag 16/17 - 05/12/2022 12:43:02 - Numero Protocollo: 0126050/22 - Data Protocollo: 05/12/2022

Contrassegno Elettronico

TIPO CONTRASSEGNO QR Code

IMPRONTA DOC 1A9643648FB514BBC654C464D33D08368CB67CC262102824463C7097F5754595

Firme digitali presenti nel documento originale

Firma in formato p7m: BRUNO GALETTI

Dati contenuti all'interno del Contrassegno Elettronico

Numero Protocollo 0126050/22
Data Protocollo 05/12/2022
Primo Destinatario (Comp.) UFFICIO ATTI AZIENDALI
Oggetto AVVISO DI MOBILITÀ INTERCOMPARTIMENTALE PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO, CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO E INDETERMINATO, NEL PROFILO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE - CAT. D DA ASSEGNARE ALLA STRUTTURA COMPLESSA "SC QUALITÀ ED APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE"

Credenziali di Accesso per la Verifica del Contrassegno Elettronico

URL https://protocollo.ats-brescia.it/PortaleGlifo/

IDENTIFICATIVO ATSBS-Q407Z-455810

PASSWORD yuSjX

DATA SCADENZA Senza scadenza

Ai sensi dell'art. 23 comma 2-bis del CAD (DLgs 82/2005 e ss.mm.ii.), si attesta che il presente documento, estratto in automatico dal sistema di gestione documentale è conforme al documento elettronico originale.

Scansiona il codice a lato per verificare il documento