



titolo	classe	sottoclasse	categoria
1	4	2	1

AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO

per il conferimento
di n. 1 posto, a tempo pieno e determinato, di

COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE (CAT. D).

In riferimento alla deliberazione n. 258 in data 18 aprile 2019 e con i criteri, per quanto applicabili, di cui agli artt. 2, 5, 9, 10 e 11 del D.P.R. 27 marzo 2001, n. 220, si invitano gli interessati ad ottenere l'incarico di cui sopra ad inoltrare alla Direzione Generale dell'ASST Nord Milano apposita domanda in carta semplice, redatta conformemente a quanto stabilito dall'art. 4 dello stesso decreto.

Gli aspiranti **dovranno essere in possesso dei requisiti generali prescritti** dalla vigente normativa ovvero:

- **Possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero il possesso dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3 bis del D. Lgs. 165/01, così come modificato dall'art. 7 della legge 97/2013.**
- **Idoneità fisica piena ed incondizionata alla mansione: l'accertamento dell'idoneità fisica piena ed incondizionata alla mansione è effettuato dall'Azienda prima dell'immissione in servizio**

e dei seguenti **requisiti specifici**:

- **Diploma Universitario di infermiere, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 502/92, e successive modificazioni;**

ovvero

- **Diploma o Attestato conseguito in base al precedente ordinamento e riconosciuto equipollente, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.**
- **Iscrizione al relativo Albo professionale: l'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei paesi dell'Unione europea consente la partecipazione, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.**

Le domande dovranno pervenire perentoriamente all'ASST Nord Milano – Milano – Ufficio Protocollo Via L. Castelvetro n. 22 – 20154 Milano

entro e non oltre il 9 maggio 2019

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande inoltrate tramite **Raccomandata a.r.** dovranno essere spedite al seguente indirizzo: "Ufficio Protocollo – ASST Nord Milano. – Via Castelvetro n. 22 – 20154 Milano", ovvero mediante invio di **posta elettronica certificata (PEC)** alla casella di posta elettronica certificata:

concorsi.comparto@pec.asst-nordmilano.it

Qualora la domanda di partecipazione sia inviata tramite posta elettronica certificata, la relativa mail dovrà riportare **obbligatoriamente** il seguente **oggetto: "AINF2019 – NOME e COGNOME"**

L'indirizzo della casella pec del mittente deve essere obbligatoriamente riconducibile, univocamente, all'aspirante candidato.

L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, in **un unico file in formato PDF**, deve avvenire tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) personale del candidato, esclusivamente all'indirizzo mail sopraindicato, entro il giorno di scadenza del bando.

Le domande inviate ad altra casella di posta elettronica dell'Azienda non verranno prese in considerazione.

A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di predisposizione **dell'unico file PDF** da inviare, contenente tutta la documentazione che sarebbe stato oggetto dell'invio cartaceo:

- sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato; oppure
- sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione della documentazione (compresa scansione fronte/retro di un valido documento di identità).

In caso di **consegna a mano**, le domande dovranno essere consegnate al suddetto Ufficio Protocollo, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.30 alle ore 14.30 orario continuato.

Nel caso in cui il candidato utilizzi il servizio postale per il recapito della domanda, dei titoli e dei documenti ad essa allegati, l'Amministrazione declina ogni responsabilità per eventuali smarrimenti o ritardi nella consegna del plico quando anche esso risulti spedito prima della chiusura dei termini, ma che comunque pervenga all'Ufficio Protocollo dell'ASST Nord Milano oltre il giorno di scadenza.

Saranno ritenuti come giunti fuori termine i plichi che perverranno successivamente alla data di chiusura dell'avviso, anche se spediti entro il termine di scadenza dell'avviso stesso.

L'Amministrazione declina ogni responsabilità per dispersione di comunicazione dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NEL RISPETTO DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679

FINALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali è necessario per permettere l'espletamento della selezione per l'espletamento dell'incarico e rientra nelle attività amministrative e di gestione operativa legate ai servizi forniti; Il trattamento dei dati personali è da considerarsi lecito in base agli articoli 6 e 9 del Regolamento Europeo.

MODALITA' DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE

I dati saranno trattati nel pieno rispetto della normativa sopra richiamata, del segreto professionale e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuto tutto il personale dell'Azienda Socio Sanitaria. Il

trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti informatici. Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento europeo. I dati saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati. Il periodo di conservazione (salvo diverse disposizioni di Legge) coincide con il diritto di Cancellazione/Oblio (cinque anni)

COMUNICAZIONE DEI DATI

La comunicazione dei dati è un requisito necessario per la partecipazione alla selezione pubblica.

DESTINATARI DEL TRATTAMENTO

I dati personali e sensibili non possono essere diffusi, ma possono essere comunicati in tutti i casi previsti dalla legge, per le finalità segnalate, a soggetti istituzionali. I dati possono essere trasmessi, per le finalità sopra citate, anche a soggetti terzi in rapporto contrattuale con l'Azienda, i quali, in ogni caso, saranno nominati responsabili esterni del trattamento.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

I diritti dell'Interessato possono essere esercitati, rivolgendosi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) mediante una delle modalità sotto specificate (posta elettronica, telefono, posta ordinaria).

L'interessato può chiedere al RPD, in qualunque momento, attraverso le modalità sopra descritte:

1. l'accesso ai dati personali,
2. la rettifica, la cancellazione degli stessi;
3. la limitazione del trattamento;
4. la revoca del consenso, qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, par. 1, lettera a) del Regolamento europeo, senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca.

Inoltre, ha il diritto di opporsi, in qualsiasi momento:

1. al trattamento dei dati (compresi i trattamenti automatizzati);
2. alla portabilità dei suoi dati.

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo e giurisdizionale, l'Interessato che ritenga che il trattamento dei dati sia svolto in violazione di quanto previsto dal Regolamento europeo 679/2016, ha il diritto di proporre reclamo all'autorità competente.

Nel caso di richiesta di portabilità del dato, il RPD fornirà - in un formato strutturato, di uso comune e leggibile, da dispositivo automatico - i dati personali richiesti secondo le modalità di legge.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Nord Milano, nella persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore dott.ssa Elisabetta Fabbrini, domiciliato per la carica in Sesto San Giovanni, Viale Matteotti 83.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD)

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), denominato anche Data Protection Officer (DPO), è il Dott. Giovanni Casiraghi, i cui dati di contatto sono di seguito indicati: indirizzo mail: rpd-dpo@asst-nordmilano.it; recapito telefonico: 02.5799.9370; indirizzo: viale Matteotti 83, Sesto San Giovanni 22090

Con la partecipazione al presente avviso è implicita da parte dei candidati l'accettazione, senza riserve, delle prescrizioni del presente bando e di tutte le disposizioni che disciplinano e disciplineranno lo stato giuridico ed economico dei dipendenti dell'Azienda.

Si ricorda che i titoli indicati nel curriculum saranno valutati solo nel caso in cui lo stesso sia espressamente dichiarato "valevole quale dichiarazione sostitutiva ai sensi di legge" (DPR 28 dicembre 2000 n. 445, come modificato ed integrato dall'art. 15 della L. 183/2011).

SVOLGIMENTO DELLA SELEZIONE

La convocazione avverrà, almeno 5 giorni prima del previsto colloquio, tramite pubblicazione della data della prova e dell'elenco dei candidati ammessi sul sito aziendale www.asst-nordmilano.it sezione Amministrazione Trasparente > Bandi di Concorso > Avvisi pubblici.

I candidati che non si presenteranno a sostenere il colloquio verranno ritenuti rinunciari.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di conferire i posti tenendo conto della graduatoria che verrà formulata in base ai titoli presentati a corredo della domanda e all'esito del colloquio.

I candidati che non raggiungeranno una valutazione di sufficienza pari a 14/20 non saranno considerati idonei nella relativa graduatoria di merito.

L'amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse, senza che i candidati possano avanzare diritti o pretese.

Si comunica altresì che **la graduatoria è utilizzabile indifferentemente per la copertura di posti a tempo determinato, vacanti o per supplenze in relazione alle effettive e contingenti esigenze dei reparti interessati all'interno dell'Azienda**. La rinuncia all'assunzione a tempo determinato, a prescindere dal titolo su cui è fondata (posto vacante o supplenza), comporta l'automatica decadenza dalla graduatoria.

Milano, 24 aprile 2019

Parere favorevole:

IL DIRETTORE
SANITARIO
(d.ssa Anna Lisa Fumagalli)

IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(dott. Giovanni Palazzo)

IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(d.ssa Barbara Mangiacavalli)

IL DIRETTORE GENERALE
(d.ssa Elisabetta Fabbrini)

Fac-simile

della **DOMANDA** da ricopiare su foglio in carta semplice con firma non autenticata (ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), **valevole come DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445**

Al Direttore Generale
ASST NORD MILANO
Ufficio Protocollo
Via L. Castelvetro, 22
20154 Milano

Il/la sottoscritto/a

Chiede

di essere ammesso all'avviso pubblico per titoli e colloquio per la copertura di n. posto/i di

A tal fine,

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

- di essere nato/a a..... il
- di essere residente a (c.a.p.) in via

1. Riguardo la cittadinanza:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana
- di essere in possesso della seguente cittadinanza _____
- di essere familiare di cittadino di Stato membro dell'Unione Europea, privo della cittadinanza di uno Stato membro e titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente (art. 38, c. 1, D. Lgs. 165/2001 così come modificato dall'art. 7, c. 1, lett. a), L. 97/2013);
- di essere cittadino di un Paese terzo, titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o titolare dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria (art. 38, c. 3-bis, D. Lgs. 165/2001 così come modificato dall'art. 7, c. 1, lett. a), L. 97/2013)

2. riguardo l'iscrizione nelle liste elettorali:

- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;
- di non essere cittadino di uno Stato membro dell'UE e, pertanto, di non essere iscritto nelle liste elettorali;
- di essere cittadino di uno Stato membro dell'U.E. e di:
 - essere iscritto, a richiesta, nella Lista Elettorale Aggiunta del Comune di _____

- non essere iscritto nelle Liste Elettorali Aggiunte di Comuni italiani;

di essere cittadino italiano ma di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo _____

(indicare i motivi della non iscrizione o di cancellazione dalle liste.

es.: fallimento; sottoposizione a misure di prevenzione, a misure di sicurezza detentive e libertà vigilata; interdizione dai pubblici uffici etc.)

3. riguardo le condanne penali:

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

di aver riportato le seguenti condanne penali: _____

N.B.: Barrare anche nel caso di applicazione della pena su richiesta delle parti (c.d. patteggiamento) o nei casi di amnistia, indulto, condono, perdono giudiziale, riabilitazione, decreto penale di condanna divenuto irrevocabile. Barrare anche nel caso in cui siano stati concessi i benefici di legge: non menzione nel Casellario giudiziale, sospensione condizionale della pena.

Barrare anche nel caso di estinzione del reato (specificare se è intervenuto, da parte dell'Autorità Giudiziaria competente, provvedimento di accoglimento dell'istanza di estinzione ai sensi dell'art. 445 II c. e 460 V c. c.p.p.).

di essere sottoposto a procedimento penale per il seguente motivo:

_____;

4. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione, ovvero licenziato;

5. di essere in possesso del seguente TITOLO DI STUDIO richiesto dal bando quale requisito specifico di ammissione:

conseguito il _____ presso l'Istituto/Università _____

_____ di _____ prov. _____

ovvero

titolo di studio rilasciato all'estero: _____

equiparato all'analogo titolo di studio conseguito in Italia, con il seguente atto di riconoscimento (che si allega alla presente domanda) _____;

6. di essere iscritto nell'albo di _____prov. _____

con il n. _____(indicazione iscrizione albo) dal _____ **senza interruzione;**

7. riguardo agli **OBBLIGHI MILITARI**, di essere nella seguente posizione

(solo per i candidati di sesso maschile nati entro il 31.12.1985);

8. riguardo i **SERVIZI presso PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI:**

di non aver mai prestato servizio con rapporto d'impiego presso pubbliche Amministrazioni;

di aver prestato servizio o di prestare servizio con rapporto di impiego presso le seguenti amministrazioni pubbliche (indicare i servizi svolti come dipendente strutturato – sia in ruolo che a tempo determinato – presso enti del Servizio Sanitario Nazionale o Enti Privati accreditati convenzionati SSN, inclusi i servizi come specialista ambulatoriale, libero professionista, interinale, specificando le esatte decorrenze, la disciplina in cui si è prestato servizio e le ore settimanali):

▪ Ente _____

qualifica _____ dal _____ al _____

motivo della cessazione _____

Tipologia contratto (indicare se si tratta di assunzione a tempo indeterminato o determinato; contratto Libero professionale; Co.co.co) _____

Tempo PIENO/PART-TIME(indicare orario settimanale) _____;

▪ Ente _____

qualifica _____ dal _____ al _____

motivo della cessazione _____

Tipologia contratto (indicare se si tratta di assunzione a tempo indeterminato o determinato; contratto Libero professionale; Co.co.co) _____

Tempo PIENO/PART-TIME(indicare orario settimanale) _____;

9. di avere diritto alla riserva di posti prevista dalla legge ove applicabile
in relazione ai posti messi a concorso _____

(indicare cat. di appartenenza/allegare i documenti probatori);

10. di essere in possesso dei seguenti titoli ai fini della preferenza e precedenza nelle nomine _____;

11. di richiedere il seguente ausilio per sostenere le prove previste dal concorso in quanto riconosciuto portatore handicap ai sensi dell'art. 20 della legge n. 104/92 (da compilare solo in presenza _____ di _____ handicap riconosciuto) _____
nonché della necessità di tempi aggiuntivi;

12. di essere in possesso dei seguenti titoli:

TITOLI ACCADEMICI

Indicare le eventuali specializzazioni conseguite oltre a quella richiesta come requisito di ammissione

PUBBLICAZIONI

Presentare le pubblicazioni che si vogliono far valutare in copia, corredate da elenco riassuntivo e da dichiarazione di conformità all'originale dei lavori stessi;

CURRICULUM

Indicare tutti i rimanenti titoli che si vogliono far valutare:

- servizi come libero professionisti/consulenti/ contratti vari atipici e occasionali
- corsi di aggiornamento (come discente/docente) – presentare un elenco dei corsi/convegni frequentati - distinti fra corsi come discente e come docente - specificando in dettaglio tutti i dati dell'evento formativo (data, luogo, ente organizzatore etc), **E' sufficiente un elenco dettagliato, autocertificato ai sensi di legge, (senza copia attestati)**; nel caso si vogliano comunque presentare le copie degli attestati di partecipazione, queste dovranno essere ordinate e numerate secondo il corrispondente elenco e corredate da dichiarazione di conformità all'originale (compilando l'ultimo modulo allegato al fac-simile domanda);
- master, corsi di perfezionamento, stages
- attività di ricerca, attività di docenza
- casistiche operatorie
- varie

13. di essere informato che i dati personali forniti, con la presente dichiarazione, saranno trattati per le finalità di gestione della presente procedura nel rispetto del Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679. Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali sopra riportati.

Firma _____

14. di avere preso visione del Regolamento Aziendale “per la selezione del personale ai fini della costituzione del rapporto di lavoro e della progressione di carriera” accessibile sul sito www.asst-nordmilano.it ed accettare integralmente le condizioni stabilite nel medesimo regolamento, rinunciando a qualsiasi azione volta ad interrompere l’esperimento della procedura in argomento;

Firma _____

Il/La sottoscritto/a dichiara che l’indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente pubblico concorso è il seguente:

- Indirizzo PEC (se in possesso di casella di posta elettronica certificata)

- Via _____ n. _____;

CAP _____ Comune _____;

Prov. _____ Recapito telefonico _____;

Eventuale fax _____;

impegnandosi a comunicare tempestivamente successive eventuali variazioni del recapito stesso;

LE DOMANDE DEVONO ESSERE SOTTOSCRITTE E CORREDATE DELLA FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO D’IDENTITÀ.

(Data), _____

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

Il sottoscritto allega la seguente documentazione:

- elenco copia dei documenti presentati;
- curriculum formativo e professionale datato e firmato
- documento d’identità;
-

SERVIZI PRESTATI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI ALLEGATO PARTE INTEGRANTE DELLA DOMANDA PRESENTATA DAL DOTT. / DALLA DOTT.SSA

relativa all'avviso pubblico per COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE - CAT. D.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____ il
_____, residente a _____
prov. _____ in _____ via _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

dichiara i seguenti servizi prestati presso pubbliche amministrazioni:

• Ente _____

qualifica _____ dal _____ al _____

motivo della cessazione _____

Tipologia contratto (indicare se si tratta di assunzione a tempo indeterminato o determinato; contratto Libero professionale; Co.co.co)

Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;

• Ente _____

qualifica _____ dal _____ al _____

motivo della cessazione _____

Tipologia contratto (indicare se si tratta di assunzione a tempo indeterminato o determinato; contratto Libero professionale; Co.co.co)

Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;

• Ente _____

qualifica _____ dal _____ al _____

motivo della cessazione _____

Tipologia contratto (indicare se si tratta di assunzione a tempo indeterminato o determinato; contratto Libero professionale; Co.co.co)

Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;

• Ente _____

qualifica _____ dal _____ al _____

motivo della cessazione _____

Tipologia contratto (indicare se si tratta di assunzione a tempo indeterminato o determinato; contratto Libero professionale; Co.co.co)

Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;

• Ente _____

qualifica _____ dal _____ al _____

motivo della cessazione _____

Tipologia contratto (indicare se si tratta di assunzione a tempo indeterminato o determinato; contratto Libero professionale; Co.co.co)

Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;

I dati personali forniti, con la presente dichiarazione, saranno trattati per le finalità di gestione della presente procedura nel rispetto del Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679. Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali sopra riportati.

Data _____

Firma _____

(la domanda deve essere sottoscritta per esteso dal candidato)

Fac-simile di DICHIARAZIONE sostitutiva dell'ATTO di notorietà da ricopiare su foglio in carta semplice con firma Non autenticata (da allegare alla domanda con la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Artt.19 e 47 del D.P.R. n.445/2000 (non soggetta ad autenticazione della sottoscrizione ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. n.445/2000)

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____ il
_____, residente a _____prov. _____ in via

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

che la/le presente/i copia/e composta/e da n. _____ fogli per n. _____ fasciate totali, presentata/e con la domanda di partecipazione all'**avviso pubblico, per titoli e colloquio, per la copertura di n. _____ posto/i di _____** è/sono conforme/i all'originale conservata/e presso il Sottoscritto e disponibile/i per i controlli di cui all'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000:

(data), _____

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

I dati personali forniti, con la presente dichiarazione, saranno trattati per le finalità di gestione della presente procedura nel rispetto del Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679. Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali sopra riportati.

(Data), _____ (Il Dichiarante) _____