

Publicato sul portale internet aziendale il 30.11.2010

**SCADENZA ore 12,00 del 20 DICEMBRE 2010**

## **AVVISO PUBBLICO**

In esecuzione alla determinazione dirigenziale n. G/745 del 29.11.2010 prot. n. 0161034, è indetto il pubblico avviso, per titoli e colloquio, per l'eventuale copertura di posti, con rapporto di lavoro a tempo determinato e pieno, nel profilo di

### **COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – ASSISTENTE SANITARIO – cat. D con sede presso le articolazioni distrettuali aziendali.**

Ruolo Sanitario - Personale di vigilanza ed ispezione - Livello retributivo: Cat. D - fascia iniziale del C.C.N.L. del personale del Comparto Sanità nel tempo vigente.

Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 18 del D.P.R. n. 220/2001, si applicano, per quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 16 del D.P.R. 487/1994.

Si terrà inoltre conto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 198 dell'11 aprile 2006 che garantisce pari opportunità tra uomini e donne.

Potranno accedere all'impiego coloro i quali siano in possesso dei seguenti requisiti che devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso per la presentazione delle domande di ammissione.

### ***Requisiti di ammissione***

#### ***Requisiti generali:***

- a) avere un'età non inferiore agli anni 18 e non superiore all'età costituente il limite per il collocamento a riposo;
- b) cittadinanza italiana, salvo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea. Sono equiparati ai cittadini italiani i cittadini della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano;
- c) idoneità fisica all'impiego; tale idoneità deve essere piena ed incondizionata alle mansioni proprie del profilo contrattuale oggetto del presente avviso. L'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego – con osservanza delle norme in tema di categorie protette – è effettuato dall'Azienda, prima dell'immissione in servizio. Data la particolare natura dei compiti che la posizione di lavoro comporta, la condizione di privo della vista costituisce inidoneità fisica all'impiego (legge n. 120/1991).

#### ***Requisiti Specifici:***

- a) **Diploma Universitario nella professione sanitaria dell'ASSISTENTE SANITARIO (L/SNT4 - Classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione)** di cui al Decreto del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca 19.02.2009 "Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270"  
*oppure*

- **Diploma di Laurea Magistrale nella professione sanitaria dell'ASSISTENTE SANITARIO** (D.M. 08.01.2009: **LM/SNT4 - Classe delle lauree magistrali nelle scienze delle professioni sanitarie della prevenzione**)

Qualora il Diploma di laurea magistrale non indichi la classe di appartenenza, l'interessato è tenuto a richiedere all'Ateneo che ha rilasciato il titolo apposita dichiarazione contenente l'indicazione della classe di laurea.

*ovvero*

- i titoli riconosciuti equipollenti ai sensi del D.M. Sanità 27.07.2000, ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici concorsi.

b) **Iscrizione all'Albo degli Assistenti Sanitari** attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza dell'avviso; l'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione all'avviso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo professionale in Italia prima dell'assunzione in servizio.

**I titoli di studio non conseguiti in Italia devono essere riconosciuti dagli organi competenti ai sensi della normativa vigente in materia. Il candidato dovrà allegare copia dei relativi provvedimenti di equiparazione.**

#### ***Esclusione***

Non possono accedere agli impieghi coloro che siano esclusi dall'elettorato attivo politico nonché coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione, ovvero licenziati a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo contratto collettivo per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

Costituisce altresì causa impeditiva alla costituzione del rapporto di impiego la presenza di condanne penali che darebbero titolo all'Azienda per procedere alla risoluzione del rapporto di impiego stesso. Si precisa che le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti (c.d. patteggiamento - articolo 444 c.p.p.) sono equiparate a procedure di condanna. L'azienda si riserva di valutare, a suo insindacabile giudizio, se le sentenze penali riportate, la sottoposizione a misure di sicurezza, ovvero i procedimenti penali in corso risultino ostativi all'assunzione.

L'Azienda, con provvedimento motivato, dispone in ogni momento l'esclusione dall'avviso pubblico dei candidati privi dei requisiti di partecipazione previsti dal presente avviso.

#### ***Modalità di presentazione della domanda di ammissione***

Per la partecipazione all'avviso di selezione pubblica, gli aspiranti devono presentare, secondo una delle sottoindicate modalità, apposita domanda firmata, in carta semplice - da formularsi mediante il modello allegato al presente avviso - entro e non oltre le ore 12,00 del 20° giorno successivo alla data di pubblicazione sul sito aziendale (<http://www.aslbrescia.it> nella sezione "Atti e documenti - Concorsi e Avvisi - Bandi e Avvisi") del presente avviso.

Qualora detto giorno sia festivo, il termine di scadenza è prorogato alla stessa ora al primo giorno successivo non festivo.

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

- **a mezzo del servizio postale.** 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 Azienda Sanitaria oltre 10 giorni dal termine di scadenza;

*oppure*

- **direttamente**, a cura e responsabilità dell'interessato, presso il Servizio Risorse Umane dell'Azienda Sanitaria Locale di Brescia - Edificio n. 9 - Viale Duca degli Abruzzi n. 15 - 25124 (orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 09,00 alle ore 12,00) entro e non oltre il termine indicato;

*oppure*

- fatto salvo il rispetto di tutte le altre prescrizioni previste dal presente avviso, è consentita la modalità di invio della domanda e dei relativi allegati, in **unico file in formato PDF**, tramite **l'utilizzo della posta elettronica certificata tradizionale (PEC)** oppure tramite la **CEC-PAC personale del candidato**, **esclusivamente all'indirizzo mail [servizioprotocollo@pec.aslbrescia.it](mailto:servizioprotocollo@pec.aslbrescia.it)**.

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

1. tramite la **PEC tradizionale**: sottoscrizione con **firma digitale del candidato**, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;

*oppure*

2. tramite la **PEC tradizionale**: sottoscrizione con **firma autografa del candidato + scansione** della documentazione (compresa scansione di un valido documento di identità); in tal caso, il Segretario della Commissione esaminatrice provvederà a far firmare in originale al candidato, il giorno stesso di svolgimento del colloquio, la stampa di ogni foglio inviato, ad ogni conseguente effetto di legge.

*oppure*

3. mediante utilizzo della **utenza personale CEC- PAC del candidato** (di cui al D.P.C.M. 6 maggio 2009) anche senza alcuna sottoscrizione (digitale o autografa + scansione). Ciò poiché l'articolo 65 citato, comma 1 c) bis, ritiene, appunto, valida la trasmissione per via telematica di un'istanza alla PA da parte del cittadino "quando l'autore è identificato dal sistema informatico attraverso le credenziali di accesso relative all'utenza personale di posta elettronica certificata" di cui al servizio PEC al cittadino (CEC-PAC).

Va da sé che se venisse utilizzato un account di PEC acquistato liberamente sul mercato (quindi non CEC-PAC), l'istanza dovrebbe essere inviata secondo le modalità di cui ai punti 1 e 2.

**L'invio tramite PEC o CEC-PAC, come sopra descritto, sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale.**

**Si precisa che, nel caso in cui il candidato scelga di presentare la domanda tramite PEC o CEC-PAC, come sopra descritto, il termine ultimo di invio da parte dello stesso, a pena di esclusione, resta comunque fissato nelle ore 12,00 del giorno di scadenza dell'avviso.**

In caso di utilizzo del servizio di **PEC o CEC-PAC per l'invio dell'istanza**, questo **equivale automaticamente ad elezione di domicilio informatico** per eventuali future comunicazioni da parte dell'Azienda nei confronti del candidato (art. 3 del D.P.C.M. 6 maggio 2009). In altri termini, l'indirizzo di PEC o CEC-PAC diventa il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'A.S.L. di Brescia.

**Le anzidette modalità di trasmissione elettronica della domanda e della documentazione di ammissione all'avviso, per il candidato che intenda avvalersene, si intendono tassative.**

Detto termine 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 la presentazione delle domande comporterà la non ammissione all'avviso.

L'Azienda declina fin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dovute a inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente oppure a mancata o ritardata comunicazione del cambiamento dell'indirizzo, o per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa. Parimenti l'Azienda non risponde del mancato recapito o smarrimento della domanda di ammissione imputabile a terzi, caso fortuito o di forza maggiore.

Nella domanda di ammissione all'avviso, debitamente sottoscritta, l'aspirante, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, deve dichiarare:

- le generalità, la data, il luogo di nascita, la residenza (con indicazione dell'indirizzo) e il codice fiscale;

- il possesso della cittadinanza italiana o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea ovvero il possesso di idoneo titolo di equiparazione (sono equiparati ai cittadini italiani i cittadini della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano);
- il possesso dell'idoneità fisica all'impiego, senza limitazioni all'esercizio delle mansioni proprie del profilo professionale oggetto dell'avviso;
- il Comune d'iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime (per i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea sarà valida la dichiarazione della situazione corrispondente all'ordinamento dello Stato di appartenenza);
- le eventuali condanne penali riportate ed i procedimenti penali in corso. Le eventuali condanne penali devono essere indicate anche qualora sia intervenuta l'estinzione della pena o sia stato concesso il perdono giudiziale, la sospensione condizionale della pena, o sia stato accordato il beneficio della non menzione della condanna nel certificato generale del Casellario Giudiziale. **Il candidato dovrà allegare copia integrale delle sentenze relative.** Nel caso in cui il candidato non si trovi nelle predette situazioni dovrà dichiarare espressamente l'assenza di condanne e di procedimenti penali in corso;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione o dichiarato decaduto, ovvero licenziato a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo contratto collettivo nazionale di lavoro;
- l'assenza di procedimenti disciplinari ovvero i procedimenti disciplinari subiti (indicare l'esito) o pendenti;
- il possesso o meno della patente di guida;
- il possesso del titolo di studio richiesto per l'accesso al posto indicando la tipologia (esatta denominazione), la data, la sede e la denominazione completa dell'istituto di conseguimento. Per i candidati che hanno conseguito il titolo di studio presso Istituti esteri deve essere dichiarato il possesso del provvedimento di equipollenza al titolo di studio italiano richiesto dal presente avviso allegando copia dell'atto di riconoscimento dell'equipollenza;
- gli ulteriori titoli di studio posseduti;
- la posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31 dicembre 1985);
- i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni o strutture socio-sanitarie private accreditate specificando per ciascuno:
  - a. l'Amministrazione presso la quale si è prestato servizio (indicare se ente pubblico, ente privato o ente privato non accreditato)
  - b. il profilo professionale e la categoria
  - c. la data (gg/mese/anno) di inizio e fine di ogni periodo di servizio
  - d. l'orario di servizio settimanale
  - e. la tipologia di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di i fra periodi di dipendenza, co.co.co, collaborazioni professionali, etc...)
  - f. le eventuali cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego
  - g. gli eventuali periodi di aspettativa senza assegni fruiti per i quali non si è maturata anzianità di servizio
  - h. se ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art.46 D.P.R. 761/79 (mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni)
- i titoli che danno diritto alla precedenza nella nomina, a parità di punteggio, ai fini dell'applicazione del D.P.R. 487/94, (come successivamente modificato ed integrato), opportunamente documentati negli allegati alla domanda di ammissione ;
- di accettare tutte le indicazioni e prescrizioni contenute nel presente avviso e di manifestare il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura nonché all'eventuale procedura di assunzione;
- il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni comunicazione relativa all'avviso pubblico. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza. In caso di utilizzo del servizio di PEC o CEC-PAC per l'invio dell'istanza, questo equivale

automaticamente ad elezione di domicilio informatico per eventuali future comunicazioni da parte dell'Azienda nei confronti del candidato.

La domanda deve essere sottoscritta dal candidato. Per quanto disposto dall'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 non è richiesta l'autenticazione della domanda.

I candidati portatori di handicap, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dovranno fare esplicita richiesta, in relazione al proprio handicap, dell'ausilio e dell'eventuale tempo aggiuntivo per poter sostenere le prove d'esame.

### **Documenti da allegare alla domanda di ammissione**

Alla domanda devono essere allegati:

1. Documenti comprovanti il possesso dei requisiti specifici di ammissione ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione anche contestuale alla domanda.
2. Tutte le certificazioni relative ai **titoli** e **servizi** che il concorrente ritenga opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria. A tale proposito si precisa che:
  - nei certificati di servizio devono essere indicate le posizioni funzionali o le qualifiche attribuite, le discipline nelle quali i servizi sono stati prestati, il tipo di rapporto di lavoro (tempo pieno/tempo parziale con percentuale), nonché le date iniziali e finali dei relativi periodi di attività;
  - il servizio militare deve essere certificato mediante la presentazione del foglio matricolare o autocertificato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 con indicazione dell'esatto periodo di svolgimento, della qualifica rivestita e della struttura presso la quale è stato prestato;
  - il certificato attestante il servizio prestato presso Case di Cura private deve espressamente contenere l'indicazione della convenzione o accreditamento con il S.S.N.; in assenza di tale indicazione il servizio non sarà considerato, qualora di dipendenza, nei titoli di carriera ma nel curriculum formativo e professionale;
  - anche il servizio prestato presso questa Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Brescia e nelle strutture trasferite, ai fini della valutazione, deve essere formalmente documentato;
  - i corsi di aggiornamento valutabili nel curriculum professionale dovranno essere stati conclusi non più di 7 anni prima della data di scadenza del presente avviso;
  - eventuali pubblicazioni edite a stampa non più di 7 anni prima della data di scadenza del presente avviso;
  - **ricevuta del versamento** della tassa di partecipazione all'avviso pubblico dell'importo di **€ 7,00** non rimborsabile, a favore dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Brescia da effettuarsi, con indicazione della causale "**Tassa di partecipazione all'avviso per Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – cat. D**", tramite c.c. postale n. 13707252 intestato all'A.S.L. di Brescia – Servizio Tesoreria.
3. Curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato dal concorrente. Il curriculum ha unicamente uno scopo informativo e le attività ivi dichiarate saranno prese in esame solo se debitamente documentate.
4. Titoli di precedenza e preferenza nella graduatoria.
5. Elenco, in duplice copia, dei documenti presentati. **I documenti ed i titoli devono essere allegati in unico esemplare; solo l'elenco va presentato in duplice copia.** L'eventuale riserva di invio dei documenti successivamente alla scadenza dell'avviso è priva di effetto.
6. Copia del proprio documento personale d'identità.

Alla presente procedura si applicano le norme in materia di dichiarazioni sostitutive e di semplificazione delle domande di ammissione agli impieghi (D.P.R. 28.12.2000 n. 445). Tutti i documenti devono essere prodotti in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla succitata normativa, utilizzando a tale scopo gli uniti moduli, a seconda della tipologia delle situazioni da dichiarare.

Non saranno prese in considerazione autocertificazioni non redatte in conformità alle prescrizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000.

La domanda di partecipazione e le dichiarazioni sostitutive di cui agli uniti moduli non necessitano dell'autenticazione se sottoscritte dall'interessato avanti al funzionario addetto ovvero inviate unitamente a fotocopia di documento di riconoscimento.

**Fermo restando il diritto del candidato all'autocertificazione nelle forme di cui sopra, si suggerisce** – per il servizio prestato presso altre amministrazioni – **di produrre la relativa documentazione in originale o in copia, unitamente alla dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di cui agli uniti moduli che ne attesti la conformità all'originale**, e ciò in relazione alle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci.

Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie previste dalla certificazione che sostituiscono. Inoltre, devono essere redatte con specifica indicazione di riferimenti di legge e della conseguente assunzione di responsabilità. Non saranno prese in considerazione dichiarazioni rese in forma generica.

Nelle certificazioni relative ai servizi, deve essere attestato se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. n. 761/79, in presenza dei quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso affermativo l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio.

Le pubblicazioni possono essere prodotte in originale o copia autenticata ai sensi di legge o in copia semplice con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, di cui all'unito modulo, che ne attesti la conformità all'originale. Esse devono essere edite a stampa, non manoscritte, nè dattiloscritte, nè poligrafate. Non saranno prese in considerazione autocertificazioni non redatte in conformità alle prescrizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000.

Con la presentazione della domanda è implicita, da parte del concorrente, l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni del presente avviso, di legge e di regolamento in vigore ed eventuali modificazioni che potranno essere disposte con effetto anteriore alla conclusione dell'avviso.

Poiché la firma sulla domanda di ammissione all'avviso, ai sensi della normativa vigente, non deve essere più autenticata, qualora l'interessato produca a mezzo posta, unitamente alla domanda, delle autocertificazioni dovrà allegare alla domanda stessa copia del proprio documento personale di identità.

L'Azienda si riserva la facoltà di verificare la veridicità e l'autenticità delle attestazioni prodotte, con applicazione, in caso di falsa dichiarazione, delle gravi conseguenze - anche di ordine penale - di cui all'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

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

### **Commissione Esaminatrice**

La composizione della Commissione Esaminatrice segue le norme contenute nel D.P.R. 27.03.2001 n. 220, le norme regolamentari e quelle contenute nel presente avviso.

### **Criteri di valutazione dei titoli**

La Commissione Esaminatrice, nominata ai sensi del D.P.R. n. 220/01, dispone complessivamente di 60 punti, così ripartiti:

- 30 punti per i titoli, così ripartiti:
  - titoli di carriera punti 15
  - titoli accademici e di studio punti 4
  - pubblicazioni e titoli scientifici punti 3
  - curriculum formativo e professionale punti 8
- 30 punti per il colloquio.

La valutazione dei titoli sarà effettuata con i criteri stabiliti dall'articolo 11 del D.P.R. n. 220/01. La Commissione Esaminatrice procederà a esplicitare autonomamente i criteri di valutazione dei titoli suddetti, qualora non già previsti dal D.P.R. n. 220/2001.

Non sono valutate le idoneità conseguite in precedenti concorsi.

### **Colloquio**

Il colloquio verterà sui seguenti argomenti:

- normativa di riferimento per l'esercizio professionale e lo specifico ambito di competenze;
- metodologie di promozione delle salute;

- metodologie di analisi dei bisogni di salute, di progettazione, realizzazione e verifica di interventi preventivi, educativi e di recupero rivolti al singolo, alla famiglia, alla collettività;
- interventi di carattere epidemiologico e di sanità pubblica;
- standard di qualità dell'offerta sanitaria;
- campi di attività delle articolazioni distrettuali aziendali di cui al vigente P.O.A. approvato con deliberazioni del Direttore Generale n. 570 del 29.10.2008 e n. 124 del 10.03.2009, visionabile sul sito aziendale nella sezione "Azienda – Piano di Organizzazione Aziendale".

Il superamento del colloquio è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza di almeno 21/30.

E' escluso dalla graduatoria il candidato che non abbia conseguito nel colloquio una valutazione di sufficienza.

I candidati che abbiano presentato la domanda e ai quali non sia stata comunicata l'esclusione dall'avviso per difetto dei requisiti prescritti, sono tenuti a presentarsi a sostenere il colloquio, muniti di un valido documento di riconoscimento, nel giorno, nell'ora e nel luogo che saranno preventivamente comunicati ai singoli candidati, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, non meno di venti giorni prima dell'inizio delle prove, al domicilio indicato dal candidato.

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

I concorrenti dovranno presentarsi al colloquio muniti di idoneo documento di riconoscimento.

La partecipazione alla selezione obbliga i concorrenti all'accettazione di tutte le disposizioni del presente avviso.

### **Graduatoria**

La graduatoria di merito dei candidati è formata secondo l'ordine dei punti della valutazione complessiva riportata da ciascun candidato che abbia superato il colloquio con un punteggio almeno di sufficienza.

In conformità a quanto previsto dal D.Lgs. n.198 dell'11.04.2006, è garantita pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso ed il trattamento sul lavoro.

L'Azienda, nella formulazione della graduatoria, terrà conto dei titoli che danno luogo a precedenza a parità di punteggio, secondo le fattispecie di cui all'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994, sempre che siano stati dichiarati espressamente nella domanda di partecipazione all'avviso e documentati nelle forme previste dalla legge.

Il candidato avente titolo all'assunzione sarà invitato - ai fini della stipula del contratto individuale di lavoro - a presentare, anche nelle forme di cui al D.P.R. n. 445/2000, entro 10 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di assunzione, a pena di decadenza dei diritti conseguenti, i documenti corrispondenti alle dichiarazioni contenute nella domanda di partecipazione all'avviso ed il certificato generale del casellario giudiziale.

In alternativa possono essere prodotte le dichiarazioni sostitutive di cui al D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.

Qualora, entro il suddetto termine, il candidato non produca quanto richiesto, decade dalla nomina e non si darà luogo alla stipula del contratto.

Decade altresì dall'impiego chi abbia conseguito la nomina mediante presentazione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile o sulla base di dichiarazioni mendaci.

La graduatoria degli idonei dell'avviso verrà pubblicata sul sito internet aziendale [www.aslbrescia.it](http://www.aslbrescia.it) nella sezione "Atti e documenti – Concorsi e Avvisi - Graduatorie di Avviso pubblico" e rimarrà valida per un triennio dalla data di approvazione da parte dell'Azienda. La suddetta pubblicazione varrà ad ogni effetto quale notifica ai candidati della posizione ottenuta in graduatoria.

Per quanto non previsto si fa riferimento alla normativa specificata in premessa e relative norme di rinvio.

### **Ritiro documenti e pubblicazioni**

I candidati dovranno provvedere, a loro spese, al ritiro dei documenti e delle pubblicazioni allegati alle domande, non prima che siano trascorsi, senza ricorsi da parte degli aventi

interesse, 60 giorni dalla data di approvazione della graduatoria finale di merito e non oltre un anno dalla data della suddetta approvazione. Trascorso tale termine senza che vi abbiano provveduto, documenti e pubblicazioni verranno inviati al macero.

#### ***Norme finali***

Per quanto non previsto, si fa riferimento alla normativa specificata in premessa e relative norme di rinvio.

L'Amministrazione si riserva il diritto di prorogare i termini, sospendere, modificare o annullare il presente avviso, a suo insindacabile giudizio, senza obbligo di comunicarne i motivi.

#### ***Avviso e modulistica***

Il testo del presente avviso, unitamente alla modulistica da utilizzare per la formulazione della domanda, sarà disponibile sul sito aziendale [www.aslbrescia.it](http://www.aslbrescia.it) nella sezione "Atti e documenti – Concorsi e Avvisi – Bandi e Avvisi" a partire dalla data di pubblicazione all'Albo Aziendale.

#### ***Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003***

Ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti dal Servizio Risorse Umane dell'Azienda Sanitaria Locale di Brescia in banca dati sia automatizzata che cartacea, per le finalità inerenti la gestione della procedura e saranno trattati anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

Il trattamento dei dati avverrà in applicazione di quanto disposto dal D.Lgs. n. 196/2003, fatta comunque salva la necessaria pubblicità della procedura concorsuale ai sensi delle disposizioni normative vigenti, nonché la comunicazione a terzi nei casi previsti da disposizioni di legge o di regolamento o per assolvimento di funzioni istituzionali.

Il candidato gode dei diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. n. 196/2003, tra cui il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, il diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi al responsabile del trattamento.

Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale di Brescia.

Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore del Servizio Risorse Umane dell'Azienda.

Tali dati potranno essere sottoposti ad accesso da parte di coloro che sono portatori di un attuale e concreto interesse, ai sensi dell'articolo 22 della Legge n. 241/90.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della partecipazione all'avviso. In caso di mancato conferimento, l'istanza non verrà presa in considerazione.

**Per ulteriori informazioni rivolgersi Servizio Risorse Umane dell'Azienda Sanitaria Locale di Brescia – Edificio n. 9 – Viale Duca degli Abruzzi n. 15 –Brescia - Tel. 030.383.8387 (orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 09,00 alle ore 12,00).**

IL DIRETTORE  
SERVIZIO RISORSE UMANE  
(dott. Marco Tufari)

AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE  
DELLA PROVINCIA DI BRESCIA  
VIALE DUCA DEGLI ABRUZZI N. 15  
25124 - B R E S C I A

**OGGETTO:** Domanda di ammissione all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per l'eventuale copertura di posti nel profilo di **Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – categoria D, con sede presso le articolazioni distrettuali aziendali**, indetto in esecuzione alla determinazione dirigenziale n. G/745 del 29.11.2010, prot. n. 0161034.

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a..... il.....

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare all'avviso pubblico in oggetto.

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 496 del Codice Penale e dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, dichiara :

1. che il proprio cognome è:.....
2. che il proprio nome è:.....
3. di essere nato/a a .....Prov..... il .....
4. di essere anagraficamente residente nel Comune di .....  
.....Prov.....Cap .....
- Via..... n. ....
- Tel. ....Cellulare.....
5. che il proprio codice fiscale è .....
6. di essere fisicamente idoneo all'impiego;
7. di possedere la cittadinanza (**barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata**):  
 italiana  
 di uno dei Paesi dell'Unione Europea: .....
- ovvero  
 di possedere il titolo di equiparazione .....
8. di essere (**barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata**):  
 iscritto/a nelle liste elettorali del Comune.....Prov.....
- ovvero  
 non iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi .....
9.  di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti;  
ovvero (**barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata**)  
 di aver riportato le seguenti condanne penali e/o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti: .....
10. di non essere stato destituito o dispensato dal Servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
11.  di essere in possesso della patente di guida .....(**indicare la categoria**)

nr. patente.....  
conseguita in data .....  
rilasciata da.....

ovvero (**barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata**)

di non essere in possesso della patente di guida

12. di essere in possesso dei seguenti **requisiti specifici** previsti dall'avviso:

**Diploma Universitario nella professione sanitaria dell'ASSISTENTE SANITARIO (L/SNT4 - Classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione)** di cui al D.M. 19.02.2009, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270

conseguito in data (gg/mm/aaaa).....

presso .....

*(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)*

oppure

**Diploma di Laurea Magistrale nella professione sanitaria dell'ASSISTENTE SANITARIO** (D.M. 08.01.2009: **LM/SNT4 - Classe delle lauree magistrali nelle scienze delle professioni sanitarie della prevenzione**)

conseguito in data (gg/mm/aaaa).....

presso .....

*(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)*

Diploma equipollente (ai sensi del D.M. San. 27.07.2000) di .....

.....

conseguito in data (gg/mm/aaaa).....

presso .....

*(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)*

per i titoli di studio conseguiti all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza (da allegare in copia): .....

di essere iscritto all'albo degli Assistenti Sanitari della provincia di .....

.....

dal (gg/mm/aa)..... al n. ....

13. di essere in possesso dei seguenti **ulteriori** titoli di studio:

Titolo .....

conseguito in data (gg/mm/aaaa).....

presso .....

*(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)*

Titolo .....

conseguito in data (gg/mm/aaaa).....

presso .....

**(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)**

Titolo .....  
conseguito in data (gg/mm/aaaa).....  
presso .....

**(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)**

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 .....

15.  di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

ovvero **(barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di avere prestato o di prestare servizio effettivo c/o gli Enti o Aziende Pubbliche del S.S.N., o IPAB Sanitarie, o altri Enti Pubblici o strutture socio-sanitarie private accreditate, in ordine cronologico (con esclusione dei tirocini formativi) di cui all'allegata **scheda n. 1/A**, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

di avere prestato o di prestare servizio effettivo c/o strutture private, in ordine cronologico (con esclusione dei tirocini formativi) di cui all'allegata **scheda n. 1/B**, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

16.  di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

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

17.  di aver partecipato, negli ultimi 7 anni, agli eventi formativi (elencati per tipologia di evento) di cui all'allegata **scheda n. 2**, composta da n. \_\_\_\_ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

18.  di aver svolto, negli ultimi 7 anni, le attività di docenza di cui all'allegata **scheda n. 3**, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

19.  di essere autore delle pubblicazioni edite a stampa (elencate per tipologia di pubblicazione) di cui all'allegata **scheda n. 4**, composta da n. \_\_\_\_ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

20.  di appartenere alle seguenti categorie con diritto a precedenza ai sensi della normativa statale vigente:.....

21.  di essere portatore di handicap, a seguito di accertamenti effettuati dalle commissioni mediche di cui all'art. 4 della legge n. 104/92 e di avere necessità dei seguenti ausili:.....  
e dei seguenti tempi aggiuntivi .....

22. di accettare tutte le indicazioni e prescrizioni contenute nell'avviso di selezione pubblica e di manifestare il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura nonché all'eventuale procedura di assunzione;

23. 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'ASL di Brescia da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità (fermo restando che in caso di invio della presente domanda tramite PEC o CEC-PAC 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.....

Allega alla presente domanda l'elenco (in doppia copia) dei documenti e dei titoli presentati.

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'art.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.S.L. di Brescia - Servizio 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 suesposta dichiarazione.

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

IL FUNZIONARIO INCARICATO

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile e qualifica)

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'eventuale copertura di posti nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – categoria D, con sede presso le articolazioni distrettuali aziendali.**

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA:**

- di aver prestato i seguenti servizi presso altri Enti (specificare se si tratta di Ente o Azienda Pubblica del S.S.N., o IPAB Sanitaria, o altri Enti Pubblici o strutture socio-sanitarie private accreditate);
- che per i sottoindicati servizi non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761.

(indicare i periodi con esattezza, senza arrotondamenti (ad es. dal 01/01/1998 al 31/08/1999); i periodi generici (ad es. da gennaio 2000 a marzo 2001) non verranno valutati)

Tipo Ente.....  
*(indicare se ente pubblico, ente privato o ente privato non accreditato)*  
 Denominaz. Ente.....  
 Indirizzo Ente.....  
 Profilo Professionale.....  
 Categoria.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 ore sett.li (indicare se tempo pieno/tempo parziale con percentuale) .....  
 Tipo di rapporto (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale, ecc,) .....  
 Causa di risoluzione rapporto di lavoro.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n.....

Tipo Ente.....  
*(indicare se ente pubblico, ente privato o ente privato non accreditato)*  
 Denominaz. Ente.....  
 Indirizzo Ente.....  
 Profilo Professionale.....  
 Categoria.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 ore sett.li (indicare se tempo pieno/tempo parziale con percentuale) .....  
 Tipo di rapporto (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale, ecc,) .....  
 Causa di risoluzione rapporto di lavoro.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n.....

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

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

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'eventuale copertura di posti nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – categoria D, con sede presso le articolazioni distrettuali aziendali.**

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA** di aver prestato i seguenti servizi c/o **enti privati** diversi dalle strutture socio-sanitarie private accreditate (indicare i periodi con esattezza, senza arrotondamenti (ad es. dal 01/01/1998 al 31/08/1999); i periodi generici (ad es. da gennaio 2000 a marzo 2001) non verranno valutati):

Denominaz. Struttura.....  
 Indirizzo Struttura.....  
 Profilo Professionale.....  
 Profilo Professionale.....  
 Livello.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 ore sett.li (indicare se tempo pieno/tempo parziale con percentuale) .....  
 Tipo di rapporto (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale, ecc,) .....  
 Causa di risoluzione rapporto di lavoro.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n.....

Denominaz. Struttura.....  
 Indirizzo Struttura.....  
 Profilo Professionale.....  
 Profilo Professionale.....  
 Livello.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 ore sett.li (indicare se tempo pieno/tempo parziale con percentuale) .....  
 Tipo di rapporto (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale, ecc,) .....  
 Causa di risoluzione rapporto di lavoro.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n.....

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

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

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'eventuale copertura di posti nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – categoria D, con sede presso le articolazioni distrettuali aziendali.**

Denominaz. Evento .....

Luogo Evento.....

Ente organizzatore.....

Tipo di Evento Formativo (indicare se convegno, congresso, seminario, workshop, ecc.....)

.....

Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....

Giorni Totali..... Ore Totali.....

Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Denominaz. Evento .....

Luogo Evento.....

Ente organizzatore.....

Tipo di Evento Formativo (indicare se convegno, congresso, seminario, workshop, ecc.....)

.....

Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....

Giorni Totali..... Ore Totali.....

Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Denominaz. Evento .....

Luogo Evento.....

Ente organizzatore.....

Tipo di Evento Formativo (indicare se convegno, congresso, seminario, workshop, ecc.....)

.....

Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....

Giorni Totali..... Ore Totali.....

Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

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

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

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'eventuale copertura di posti nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – categoria D, con sede presso le articolazioni distrettuali aziendali.**

Tipologia di attività di docenza.....  
 Corso.....  
 Istituto di svolgimento.....  
 Destinatari del corso.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 Giorni Totali..... Ore Totali.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Tipologia di attività di docenza.....  
 Corso.....  
 Istituto di svolgimento.....  
 Destinatari del corso.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 Giorni Totali..... Ore Totali.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Tipologia di attività di docenza.....  
 Corso.....  
 Istituto di svolgimento.....  
 Destinatari del corso.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 Giorni Totali..... Ore Totali.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Tipologia di attività di docenza.....  
 Corso.....  
 Istituto di svolgimento.....  
 Destinatari del corso.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 Giorni Totali..... Ore Totali.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

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

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

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'eventuale copertura di posti nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – categoria D, con sede presso le articolazioni distrettuali aziendali.**

Indicare se LIBRO, ABSTRACT, POSTER.....  
Titolo.....  
Anno di Pubblicazione.....  
Nome Rivista o Casa Editrice.....  
Indicare se AUTORE o COAUTORE.....  
Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Indicare se LIBRO, ABSTRACT, POSTER.....  
Titolo.....  
Anno di Pubblicazione.....  
Nome Rivista o Casa Editrice.....  
Indicare se AUTORE o COAUTORE.....  
Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Indicare se LIBRO, ABSTRACT, POSTER.....  
Titolo.....  
Anno di Pubblicazione.....  
Nome Rivista o Casa Editrice.....  
Indicare se AUTORE o COAUTORE.....  
Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Indicare se LIBRO, ABSTRACT, POSTER.....  
Titolo.....  
Anno di Pubblicazione.....  
Nome Rivista o Casa Editrice.....  
Indicare se AUTORE o COAUTORE.....  
Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Indicare se LIBRO, ABSTRACT, POSTER.....

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

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

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e sostitutiva di certificazioni  
(artt. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e succ. modificazioni ed integrazioni)**

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... via.....  
documento di identità n.....  
rilasciato in data ..... da.....  
in relazione alla domanda di partecipazione all'avviso di selezione pubblica per la copertura di posti nel profilo di  
Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – categoria D, con sede presso le articolazioni distrettuali  
aziendali

**DICHIARA**

- che le copie degli allegati documenti, numerati dal n. ... al n. ...., e sottoscritti sul retro, non già allegati alle schede dal n. 1 al n 4, sono conformi all'originale in mio possesso;  
 altre dichiarazioni.....

Il/La sottoscritto/a è consapevole di essere penalmente sanzionabile se rilascia false dichiarazioni (articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 modificato dalla Legge 16 gennaio 2003, n. 3) e di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni (articolo 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 modificato dalla Legge 16 gennaio 2003, n. 3).

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

**AVVERTENZE IMPORTANTI**

L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (articolo 71 del D.P.R. n. 445/2000 modificato dalla Legge 16 gennaio 2003, n. 3). I dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (articolo 10 della Legge 31 dicembre 1996 n. 675). Il presente modello può essere utilizzato per quei titoli che il candidato riterrà opportuno dichiarare agli effetti della valutazione, sia per la dichiarazione di conformità all'originale dei titoli presentati in fotocopia, non già dichiarati nelle precedenti schede.

(a) ai sensi dell'articolo 3 – comma 11 della Legge 15 maggio 1997, n. 127, della circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri 27 maggio 1998 n. 4/98 e della circolare del Ministero dell'Interno 15 luglio 1997 n. 11, l'autenticità della firma in calce alla dichiarazione (la quale conserva immutate le caratteristiche di "dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà") potrà, oltre che nelle consuete forme, essere effettuata allegando la fotocopia di un valido documento di identità del firmatario.

---

**Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'art.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.S.L. di Brescia - Servizio 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 suesposta dichiarazione.

Luogo....., data .....  
IL FUNZIONARIO INCARICATO  
.....  
(Firma leggibile e qualifica)

Publicato sul portale internet aziendale il 30.11.2010

**SCADENZA ore 12,00 del 20 DICEMBRE 2010**

## **AVVISO PUBBLICO**

In esecuzione alla determinazione dirigenziale n. G/745 del 29.11.2010 prot. n. 0161034, è indetto il pubblico avviso, per titoli e colloquio, per l'eventuale copertura di posti, con rapporto di lavoro a tempo determinato e pieno, nel profilo di

### **COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – ASSISTENTE SANITARIO – cat. D con sede presso le articolazioni distrettuali aziendali.**

Ruolo Sanitario - Personale di vigilanza ed ispezione - Livello retributivo: Cat. D - fascia iniziale del C.C.N.L. del personale del Comparto Sanità nel tempo vigente.

Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 18 del D.P.R. n. 220/2001, si applicano, per quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 16 del D.P.R. 487/1994.

Si terrà inoltre conto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 198 dell'11 aprile 2006 che garantisce pari opportunità tra uomini e donne.

Potranno accedere all'impiego coloro i quali siano in possesso dei seguenti requisiti che devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso per la presentazione delle domande di ammissione.

### ***Requisiti di ammissione***

#### ***Requisiti generali:***

- a) avere un'età non inferiore agli anni 18 e non superiore all'età costituente il limite per il collocamento a riposo;
- b) cittadinanza italiana, salvo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea. Sono equiparati ai cittadini italiani i cittadini della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano;
- c) idoneità fisica all'impiego; tale idoneità deve essere piena ed incondizionata alle mansioni proprie del profilo contrattuale oggetto del presente avviso. L'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego – con osservanza delle norme in tema di categorie protette – è effettuato dall'Azienda, prima dell'immissione in servizio. Data la particolare natura dei compiti che la posizione di lavoro comporta, la condizione di privo della vista costituisce inidoneità fisica all'impiego (legge n. 120/1991).

#### ***Requisiti Specifici:***

- a) **Diploma Universitario nella professione sanitaria dell'ASSISTENTE SANITARIO (L/SNT4 - Classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione)** di cui al Decreto del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca 19.02.2009 "Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270"  
*oppure*

- **Diploma di Laurea Magistrale nella professione sanitaria dell'ASSISTENTE SANITARIO** (D.M. 08.01.2009: **LM/SNT4 - Classe delle lauree magistrali nelle scienze delle professioni sanitarie della prevenzione**)

Qualora il Diploma di laurea magistrale non indichi la classe di appartenenza, l'interessato è tenuto a richiedere all'Ateneo che ha rilasciato il titolo apposita dichiarazione contenente l'indicazione della classe di laurea.

*ovvero*

- i titoli riconosciuti equipollenti ai sensi del D.M. Sanità 27.07.2000, ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici concorsi.

b) **Iscrizione all'Albo degli Assistenti Sanitari** attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza dell'avviso; l'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione all'avviso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo professionale in Italia prima dell'assunzione in servizio.

**I titoli di studio non conseguiti in Italia devono essere riconosciuti dagli organi competenti ai sensi della normativa vigente in materia. Il candidato dovrà allegare copia dei relativi provvedimenti di equiparazione.**

#### ***Esclusione***

Non possono accedere agli impieghi coloro che siano esclusi dall'elettorato attivo politico nonché coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione, ovvero licenziati a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo contratto collettivo per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

Costituisce altresì causa impeditiva alla costituzione del rapporto di impiego la presenza di condanne penali che darebbero titolo all'Azienda per procedere alla risoluzione del rapporto di impiego stesso. Si precisa che le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti (c.d. patteggiamento - articolo 444 c.p.p.) sono equiparate a procedure di condanna. L'azienda si riserva di valutare, a suo insindacabile giudizio, se le sentenze penali riportate, la sottoposizione a misure di sicurezza, ovvero i procedimenti penali in corso risultino ostativi all'assunzione.

L'Azienda, con provvedimento motivato, dispone in ogni momento l'esclusione dall'avviso pubblico dei candidati privi dei requisiti di partecipazione previsti dal presente avviso.

#### ***Modalità di presentazione della domanda di ammissione***

Per la partecipazione all'avviso di selezione pubblica, gli aspiranti devono presentare, secondo una delle sottoindicate modalità, apposita domanda firmata, in carta semplice - da formularsi mediante il modello allegato al presente avviso - entro e non oltre le ore 12,00 del 20° giorno successivo alla data di pubblicazione sul sito aziendale (<http://www.aslbrescia.it> nella sezione "Atti e documenti - Concorsi e Avvisi - Bandi e Avvisi") del presente avviso.

Qualora detto giorno sia festivo, il termine di scadenza è prorogato alla stessa ora al primo giorno successivo non festivo.

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

- **a mezzo del servizio postale.** 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 Azienda Sanitaria oltre 10 giorni dal termine di scadenza;

*oppure*

- **direttamente**, a cura e responsabilità dell'interessato, presso il Servizio Risorse Umane dell'Azienda Sanitaria Locale di Brescia - Edificio n. 9 - Viale Duca degli Abruzzi n. 15 - 25124 (orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 09,00 alle ore 12,00) entro e non oltre il termine indicato;

*oppure*

- fatto salvo il rispetto di tutte le altre prescrizioni previste dal presente avviso, è consentita la modalità di invio della domanda e dei relativi allegati, in **unico file in formato PDF**, tramite **l'utilizzo della posta elettronica certificata tradizionale (PEC)** oppure tramite la **CEC-PAC personale del candidato**, **esclusivamente** all'indirizzo mail [servizioprotocollo@pec.aslbrescia.it](mailto:servizioprotocollo@pec.aslbrescia.it).

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

1. tramite la **PEC** tradizionale: sottoscrizione con **firma digitale del candidato**, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;

*oppure*

2. tramite la **PEC** tradizionale: sottoscrizione con **firma autografa del candidato + scansione** della documentazione (compresa scansione di un valido documento di identità); in tal caso, il Segretario della Commissione esaminatrice provvederà a far firmare in originale al candidato, il giorno stesso di svolgimento del colloquio, la stampa di ogni foglio inviato, ad ogni conseguente effetto di legge.

*oppure*

3. mediante utilizzo della **utenza personale CEC- PAC del candidato** (di cui al D.P.C.M. 6 maggio 2009) anche senza alcuna sottoscrizione (digitale o autografa + scansione). Ciò poiché l'articolo 65 citato, comma 1 c) bis, ritiene, appunto, valida la trasmissione per via telematica di un'istanza alla PA da parte del cittadino "quando l'autore è identificato dal sistema informatico attraverso le credenziali di accesso relative all'utenza personale di posta elettronica certificata" di cui al servizio PEC al cittadino (CEC-PAC).

Va da sé che se venisse utilizzato un account di PEC acquistato liberamente sul mercato (quindi non CEC-PAC), l'istanza dovrebbe essere inviata secondo le modalità di cui ai punti 1 e 2.

**L'invio tramite PEC o CEC-PAC, come sopra descritto, sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale.**

**Si precisa che, nel caso in cui il candidato scelga di presentare la domanda tramite PEC o CEC-PAC, come sopra descritto, il termine ultimo di invio da parte dello stesso, a pena di esclusione, resta comunque fissato nelle ore 12,00 del giorno di scadenza dell'avviso.**

In caso di utilizzo del servizio di **PEC o CEC-PAC per l'invio dell'istanza**, questo **equivale automaticamente ad elezione di domicilio informatico** per eventuali future comunicazioni da parte dell'Azienda nei confronti del candidato (art. 3 del D.P.C.M. 6 maggio 2009). In altri termini, l'indirizzo di PEC o CEC-PAC diventa il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'A.S.L. di Brescia.

**Le anzidette modalità di trasmissione elettronica della domanda e della documentazione di ammissione all'avviso, per il candidato che intenda avvalersene, si intendono tassative.**

Detto termine 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 la presentazione delle domande comporterà la non ammissione all'avviso.

L'Azienda declina fin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dovute a inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente oppure a mancata o ritardata comunicazione del cambiamento dell'indirizzo, o per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa. Parimenti l'Azienda non risponde del mancato recapito o smarrimento della domanda di ammissione imputabile a terzi, caso fortuito o di forza maggiore.

Nella domanda di ammissione all'avviso, debitamente sottoscritta, l'aspirante, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, deve dichiarare:

- le generalità, la data, il luogo di nascita, la residenza (con indicazione dell'indirizzo) e il codice fiscale;

- il possesso della cittadinanza italiana o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea ovvero il possesso di idoneo titolo di equiparazione (sono equiparati ai cittadini italiani i cittadini della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano);
- il possesso dell'idoneità fisica all'impiego, senza limitazioni all'esercizio delle mansioni proprie del profilo professionale oggetto dell'avviso;
- il Comune d'iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime (per i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea sarà valida la dichiarazione della situazione corrispondente all'ordinamento dello Stato di appartenenza);
- le eventuali condanne penali riportate ed i procedimenti penali in corso. Le eventuali condanne penali devono essere indicate anche qualora sia intervenuta l'estinzione della pena o sia stato concesso il perdono giudiziale, la sospensione condizionale della pena, o sia stato accordato il beneficio della non menzione della condanna nel certificato generale del Casellario Giudiziale. **Il candidato dovrà allegare copia integrale delle sentenze relative.** Nel caso in cui il candidato non si trovi nelle predette situazioni dovrà dichiarare espressamente l'assenza di condanne e di procedimenti penali in corso;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione o dichiarato decaduto, ovvero licenziato a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo contratto collettivo nazionale di lavoro;
- l'assenza di procedimenti disciplinari ovvero i procedimenti disciplinari subiti (indicare l'esito) o pendenti;
- il possesso o meno della patente di guida;
- il possesso del titolo di studio richiesto per l'accesso al posto indicando la tipologia (esatta denominazione), la data, la sede e la denominazione completa dell'istituto di conseguimento. Per i candidati che hanno conseguito il titolo di studio presso Istituti esteri deve essere dichiarato il possesso del provvedimento di equipollenza al titolo di studio italiano richiesto dal presente avviso allegando copia dell'atto di riconoscimento dell'equipollenza;
- gli ulteriori titoli di studio posseduti;
- la posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31 dicembre 1985);
- i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni o strutture socio-sanitarie private accreditate specificando per ciascuno:
  - a. l'Amministrazione presso la quale si è prestato servizio (indicare se ente pubblico, ente privato o ente privato non accreditato)
  - b. il profilo professionale e la categoria
  - c. la data (gg/mese/anno) di inizio e fine di ogni periodo di servizio
  - d. l'orario di servizio settimanale
  - e. la tipologia di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di i fra periodi di dipendenza, co.co.co, collaborazioni professionali, etc...)
  - f. le eventuali cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego
  - g. gli eventuali periodi di aspettativa senza assegni fruiti per i quali non si è maturata anzianità di servizio
  - h. se ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art.46 D.P.R. 761/79 (mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni)
- i titoli che danno diritto alla precedenza nella nomina, a parità di punteggio, ai fini dell'applicazione del D.P.R. 487/94, (come successivamente modificato ed integrato), opportunamente documentati negli allegati alla domanda di ammissione ;
- di accettare tutte le indicazioni e prescrizioni contenute nel presente avviso e di manifestare il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura nonché all'eventuale procedura di assunzione;
- il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni comunicazione relativa all'avviso pubblico. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza. In caso di utilizzo del servizio di PEC o CEC-PAC per l'invio dell'istanza, questo equivale

automaticamente ad elezione di domicilio informatico per eventuali future comunicazioni da parte dell'Azienda nei confronti del candidato.

La domanda deve essere sottoscritta dal candidato. Per quanto disposto dall'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 non è richiesta l'autenticazione della domanda.

I candidati portatori di handicap, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dovranno fare esplicita richiesta, in relazione al proprio handicap, dell'ausilio e dell'eventuale tempo aggiuntivo per poter sostenere le prove d'esame.

### **Documenti da allegare alla domanda di ammissione**

Alla domanda devono essere allegati:

1. Documenti comprovanti il possesso dei requisiti specifici di ammissione ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione anche contestuale alla domanda.
2. Tutte le certificazioni relative ai **titoli** e **servizi** che il concorrente ritenga opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria. A tale proposito si precisa che:
  - nei certificati di servizio devono essere indicate le posizioni funzionali o le qualifiche attribuite, le discipline nelle quali i servizi sono stati prestati, il tipo di rapporto di lavoro (tempo pieno/tempo parziale con percentuale), nonché le date iniziali e finali dei relativi periodi di attività;
  - il servizio militare deve essere certificato mediante la presentazione del foglio matricolare o autocertificato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 con indicazione dell'esatto periodo di svolgimento, della qualifica rivestita e della struttura presso la quale è stato prestato;
  - il certificato attestante il servizio prestato presso Case di Cura private deve espressamente contenere l'indicazione della convenzione o accreditamento con il S.S.N.; in assenza di tale indicazione il servizio non sarà considerato, qualora di dipendenza, nei titoli di carriera ma nel curriculum formativo e professionale;
  - anche il servizio prestato presso questa Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Brescia e nelle strutture trasferite, ai fini della valutazione, deve essere formalmente documentato;
  - i corsi di aggiornamento valutabili nel curriculum professionale dovranno essere stati conclusi non più di 7 anni prima della data di scadenza del presente avviso;
  - eventuali pubblicazioni edite a stampa non più di 7 anni prima della data di scadenza del presente avviso;
  - **ricevuta del versamento** della tassa di partecipazione all'avviso pubblico dell'importo di **€ 7,00** non rimborsabile, a favore dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Brescia da effettuarsi, con indicazione della causale "**Tassa di partecipazione all'avviso per Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – cat. D**", tramite c.c. postale n. 13707252 intestato all'A.S.L. di Brescia – Servizio Tesoreria.
3. Curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato dal concorrente. Il curriculum ha unicamente uno scopo informativo e le attività ivi dichiarate saranno prese in esame solo se debitamente documentate.
4. Titoli di precedenza e preferenza nella graduatoria.
5. Elenco, in duplice copia, dei documenti presentati. **I documenti ed i titoli devono essere allegati in unico esemplare; solo l'elenco va presentato in duplice copia.** L'eventuale riserva di invio dei documenti successivamente alla scadenza dell'avviso è priva di effetto.
6. Copia del proprio documento personale d'identità.

Alla presente procedura si applicano le norme in materia di dichiarazioni sostitutive e di semplificazione delle domande di ammissione agli impieghi (D.P.R. 28.12.2000 n. 445). Tutti i documenti devono essere prodotti in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla succitata normativa, utilizzando a tale scopo gli uniti moduli, a seconda della tipologia delle situazioni da dichiarare.

Non saranno prese in considerazione autocertificazioni non redatte in conformità alle prescrizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000.



- metodologie di analisi dei bisogni di salute, di progettazione, realizzazione e verifica di interventi preventivi, educativi e di recupero rivolti al singolo, alla famiglia, alla collettività;
- interventi di carattere epidemiologico e di sanità pubblica;
- standard di qualità dell'offerta sanitaria;
- campi di attività delle articolazioni distrettuali aziendali di cui al vigente P.O.A. approvato con deliberazioni del Direttore Generale n. 570 del 29.10.2008 e n. 124 del 10.03.2009, visionabile sul sito aziendale nella sezione "Azienda – Piano di Organizzazione Aziendale".

Il superamento del colloquio è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza di almeno 21/30.

E' escluso dalla graduatoria il candidato che non abbia conseguito nel colloquio una valutazione di sufficienza.

I candidati che abbiano presentato la domanda e ai quali non sia stata comunicata l'esclusione dall'avviso per difetto dei requisiti prescritti, sono tenuti a presentarsi a sostenere il colloquio, muniti di un valido documento di riconoscimento, nel giorno, nell'ora e nel luogo che saranno preventivamente comunicati ai singoli candidati, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, non meno di venti giorni prima dell'inizio delle prove, al domicilio indicato dal candidato.

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

I concorrenti dovranno presentarsi al colloquio muniti di idoneo documento di riconoscimento.

La partecipazione alla selezione obbliga i concorrenti all'accettazione di tutte le disposizioni del presente avviso.

### **Graduatoria**

La graduatoria di merito dei candidati è formata secondo l'ordine dei punti della valutazione complessiva riportata da ciascun candidato che abbia superato il colloquio con un punteggio almeno di sufficienza.

In conformità a quanto previsto dal D.Lgs. n.198 dell'11.04.2006, è garantita pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso ed il trattamento sul lavoro.

L'Azienda, nella formulazione della graduatoria, terrà conto dei titoli che danno luogo a precedenza a parità di punteggio, secondo le fattispecie di cui all'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994, sempre che siano stati dichiarati espressamente nella domanda di partecipazione all'avviso e documentati nelle forme previste dalla legge.

Il candidato avente titolo all'assunzione sarà invitato - ai fini della stipula del contratto individuale di lavoro - a presentare, anche nelle forme di cui al D.P.R. n. 445/2000, entro 10 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di assunzione, a pena di decadenza dei diritti conseguenti, i documenti corrispondenti alle dichiarazioni contenute nella domanda di partecipazione all'avviso ed il certificato generale del casellario giudiziale.

In alternativa possono essere prodotte le dichiarazioni sostitutive di cui al D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.

Qualora, entro il suddetto termine, il candidato non produca quanto richiesto, decade dalla nomina e non si darà luogo alla stipula del contratto.

Decade altresì dall'impiego chi abbia conseguito la nomina mediante presentazione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile o sulla base di dichiarazioni mendaci.

La graduatoria degli idonei dell'avviso verrà pubblicata sul sito internet aziendale [www.aslbrescia.it](http://www.aslbrescia.it) nella sezione "Atti e documenti – Concorsi e Avvisi - Graduatorie di Avviso pubblico" e rimarrà valida per un triennio dalla data di approvazione da parte dell'Azienda. La suddetta pubblicazione varrà ad ogni effetto quale notifica ai candidati della posizione ottenuta in graduatoria.

Per quanto non previsto si fa riferimento alla normativa specificata in premessa e relative norme di rinvio.

### **Ritiro documenti e pubblicazioni**

I candidati dovranno provvedere, a loro spese, al ritiro dei documenti e delle pubblicazioni allegati alle domande, non prima che siano trascorsi, senza ricorsi da parte degli aventi

interesse, 60 giorni dalla data di approvazione della graduatoria finale di merito e non oltre un anno dalla data della suddetta approvazione. Trascorso tale termine senza che vi abbiano provveduto, documenti e pubblicazioni verranno inviati al macero.

#### ***Norme finali***

Per quanto non previsto, si fa riferimento alla normativa specificata in premessa e relative norme di rinvio.

L'Amministrazione si riserva il diritto di prorogare i termini, sospendere, modificare o annullare il presente avviso, a suo insindacabile giudizio, senza obbligo di comunicarne i motivi.

#### ***Avviso e modulistica***

Il testo del presente avviso, unitamente alla modulistica da utilizzare per la formulazione della domanda, sarà disponibile sul sito aziendale [www.aslbrescia.it](http://www.aslbrescia.it) nella sezione "Atti e documenti – Concorsi e Avvisi – Bandi e Avvisi" a partire dalla data di pubblicazione all'Albo Aziendale.

#### ***Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003***

Ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti dal Servizio Risorse Umane dell'Azienda Sanitaria Locale di Brescia in banca dati sia automatizzata che cartacea, per le finalità inerenti la gestione della procedura e saranno trattati anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

Il trattamento dei dati avverrà in applicazione di quanto disposto dal D.Lgs. n. 196/2003, fatta comunque salva la necessaria pubblicità della procedura concorsuale ai sensi delle disposizioni normative vigenti, nonché la comunicazione a terzi nei casi previsti da disposizioni di legge o di regolamento o per assolvimento di funzioni istituzionali.

Il candidato gode dei diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. n. 196/2003, tra cui il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, il diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi al responsabile del trattamento.

Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale di Brescia.

Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore del Servizio Risorse Umane dell'Azienda.

Tali dati potranno essere sottoposti ad accesso da parte di coloro che sono portatori di un attuale e concreto interesse, ai sensi dell'articolo 22 della Legge n. 241/90.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della partecipazione all'avviso. In caso di mancato conferimento, l'istanza non verrà presa in considerazione.

**Per ulteriori informazioni rivolgersi Servizio Risorse Umane dell'Azienda Sanitaria Locale di Brescia – Edificio n. 9 – Viale Duca degli Abruzzi n. 15 –Brescia - Tel. 030.383.8387 (orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 09,00 alle ore 12,00).**

IL DIRETTORE  
SERVIZIO RISORSE UMANE  
(dott. Marco Tufari)

AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE  
DELLA PROVINCIA DI BRESCIA  
VIALE DUCA DEGLI ABRUZZI N. 15  
25124 - B R E S C I A

**OGGETTO:** Domanda di ammissione all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per l'eventuale copertura di posti nel profilo di **Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – categoria D, con sede presso le articolazioni distrettuali aziendali**, indetto in esecuzione alla determinazione dirigenziale n. G/745 del 29.11.2010, prot. n. 0161034.

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a..... il.....

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare all'avviso pubblico in oggetto.

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 496 del Codice Penale e dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, dichiara :

1. che il proprio cognome è:.....
2. che il proprio nome è:.....
3. di essere nato/a a .....Prov..... il .....
4. di essere anagraficamente residente nel Comune di .....  
.....Prov.....Cap .....
- Via..... n. ....
- Tel. ....Cellulare.....
5. che il proprio codice fiscale è .....
6. di essere fisicamente idoneo all'impiego;
7. di possedere la cittadinanza **(barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**:  
 italiana  
 di uno dei Paesi dell'Unione Europea: .....
- ovvero  
 di possedere il titolo di equiparazione .....
8. di essere **(barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**:  
 iscritto/a nelle liste elettorali del Comune.....Prov.....
- ovvero  
 non iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi .....
9.  di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti;  
ovvero **(barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**  
 di aver riportato le seguenti condanne penali e/o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti: .....
10. di non essere stato destituito o dispensato dal Servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
11.  di essere in possesso della patente di guida .....**(indicare la categoria)**

nr. patente.....  
conseguita in data .....  
rilasciata da.....

ovvero (**barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata**)

di non essere in possesso della patente di guida

12. di essere in possesso dei seguenti **requisiti specifici** previsti dall'avviso:

**Diploma Universitario nella professione sanitaria dell'ASSISTENTE SANITARIO (L/SNT4 - Classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione)** di cui al D.M. 19.02.2009, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270

conseguito in data (gg/mm/aaaa).....

presso .....

*(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)*

oppure

**Diploma di Laurea Magistrale nella professione sanitaria dell'ASSISTENTE SANITARIO** (D.M. 08.01.2009: **LM/SNT4 - Classe delle lauree magistrali nelle scienze delle professioni sanitarie della prevenzione**)

conseguito in data (gg/mm/aaaa).....

presso .....

*(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)*

Diploma equipollente (ai sensi del D.M. San. 27.07.2000) di .....

.....

conseguito in data (gg/mm/aaaa).....

presso .....

*(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)*

per i titoli di studio conseguiti all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza (da allegare in copia): .....

di essere iscritto all'albo degli Assistenti Sanitari della provincia di .....

.....

dal (gg/mm/aa)..... al n. ....

13. di essere in possesso dei seguenti **ulteriori** titoli di studio:

Titolo .....

conseguito in data (gg/mm/aaaa).....

presso .....

*(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)*

Titolo .....

conseguito in data (gg/mm/aaaa).....

presso .....

**(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)**

Titolo .....  
conseguito in data (gg/mm/aaaa).....  
presso .....

**(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)**

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 .....

15.  di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

ovvero **(barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di avere prestato o di prestare servizio effettivo c/o gli Enti o Aziende Pubbliche del S.S.N., o IPAB Sanitarie, o altri Enti Pubblici o strutture socio-sanitarie private accreditate, in ordine cronologico (con esclusione dei tirocini formativi) di cui all'allegata **scheda n. 1/A**, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

di avere prestato o di prestare servizio effettivo c/o strutture private, in ordine cronologico (con esclusione dei tirocini formativi) di cui all'allegata **scheda n. 1/B**, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

16.  di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

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

17.  di aver partecipato, negli ultimi 7 anni, agli eventi formativi (elencati per tipologia di evento) di cui all'allegata **scheda n. 2**, composta da n. \_\_\_\_ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

18.  di aver svolto, negli ultimi 7 anni, le attività di docenza di cui all'allegata **scheda n. 3**, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

19.  di essere autore delle pubblicazioni edite a stampa (elencate per tipologia di pubblicazione) di cui all'allegata **scheda n. 4**, composta da n. \_\_\_\_ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

20.  di appartenere alle seguenti categorie con diritto a precedenza ai sensi della normativa statale vigente:.....

21.  di essere portatore di handicap, a seguito di accertamenti effettuati dalle commissioni mediche di cui all'art. 4 della legge n. 104/92 e di avere necessità dei seguenti ausili:.....  
e dei seguenti tempi aggiuntivi .....

22. di accettare tutte le indicazioni e prescrizioni contenute nell'avviso di selezione pubblica e di manifestare il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura nonché all'eventuale procedura di assunzione;

23. 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'ASL di Brescia da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità (fermo restando che in caso di invio della presente domanda tramite PEC o CEC-PAC 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.....

Allega alla presente domanda l'elenco (in doppia copia) dei documenti e dei titoli presentati.

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'art.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.S.L. di Brescia - Servizio 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 suesposta dichiarazione.

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

IL FUNZIONARIO INCARICATO

-----  
(Firma leggibile e qualifica)

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'eventuale copertura di posti nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – categoria D, con sede presso le articolazioni distrettuali aziendali.**

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA:**

- di aver prestato i seguenti servizi presso altri Enti (specificare se si tratta di Ente o Azienda Pubblica del S.S.N., o IPAB Sanitaria, o altri Enti Pubblici o strutture socio-sanitarie private accreditate);
- che per i sottoindicati servizi non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761.

(indicare i periodi con esattezza, senza arrotondamenti (ad es. dal 01/01/1998 al 31/08/1999); i periodi generici (ad es. da gennaio 2000 a marzo 2001) non verranno valutati)

Tipo Ente.....  
*(indicare se ente pubblico, ente privato o ente privato non accreditato)*  
 Denominaz. Ente.....  
 Indirizzo Ente.....  
 Profilo Professionale.....  
 Categoria.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 ore sett.li (indicare se tempo pieno/tempo parziale con percentuale) .....  
 Tipo di rapporto (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale, ecc,) .....  
 Causa di risoluzione rapporto di lavoro.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n.....

Tipo Ente.....  
*(indicare se ente pubblico, ente privato o ente privato non accreditato)*  
 Denominaz. Ente.....  
 Indirizzo Ente.....  
 Profilo Professionale.....  
 Categoria.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 ore sett.li (indicare se tempo pieno/tempo parziale con percentuale) .....  
 Tipo di rapporto (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale, ecc,) .....  
 Causa di risoluzione rapporto di lavoro.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n.....

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

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

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'eventuale copertura di posti nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – categoria D, con sede presso le articolazioni distrettuali aziendali.**

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA** di aver prestato i seguenti servizi c/o **enti privati** diversi dalle strutture socio-sanitarie private accreditate (indicare i periodi con esattezza, senza arrotondamenti (ad es. dal 01/01/1998 al 31/08/1999); i periodi generici (ad es. da gennaio 2000 a marzo 2001) non verranno valutati):

Denominaz. Struttura.....  
 Indirizzo Struttura.....  
 Profilo Professionale.....  
 Profilo Professionale.....  
 Livello.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 ore sett.li (indicare se tempo pieno/tempo parziale con percentuale) .....  
 Tipo di rapporto (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale, ecc,) .....  
 Causa di risoluzione rapporto di lavoro.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n.....

Denominaz. Struttura.....  
 Indirizzo Struttura.....  
 Profilo Professionale.....  
 Profilo Professionale.....  
 Livello.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 ore sett.li (indicare se tempo pieno/tempo parziale con percentuale) .....  
 Tipo di rapporto (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale, ecc,) .....  
 Causa di risoluzione rapporto di lavoro.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n.....

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

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

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'eventuale copertura di posti nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – categoria D, con sede presso le articolazioni distrettuali aziendali.**

Denominaz. Evento .....

Luogo Evento.....

Ente organizzatore.....

Tipo di Evento Formativo (indicare se convegno, congresso, seminario, workshop, ecc.....)

.....

Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....

Giorni Totali..... Ore Totali.....

Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Denominaz. Evento .....

Luogo Evento.....

Ente organizzatore.....

Tipo di Evento Formativo (indicare se convegno, congresso, seminario, workshop, ecc.....)

.....

Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....

Giorni Totali..... Ore Totali.....

Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Denominaz. Evento .....

Luogo Evento.....

Ente organizzatore.....

Tipo di Evento Formativo (indicare se convegno, congresso, seminario, workshop, ecc.....)

.....

Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....

Giorni Totali..... Ore Totali.....

Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

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

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

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'eventuale copertura di posti nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – categoria D, con sede presso le articolazioni distrettuali aziendali.**

Tipologia di attività di docenza.....  
 Corso.....  
 Istituto di svolgimento.....  
 Destinatari del corso.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 Giorni Totali..... Ore Totali.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Tipologia di attività di docenza.....  
 Corso.....  
 Istituto di svolgimento.....  
 Destinatari del corso.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 Giorni Totali..... Ore Totali.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Tipologia di attività di docenza.....  
 Corso.....  
 Istituto di svolgimento.....  
 Destinatari del corso.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 Giorni Totali..... Ore Totali.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Tipologia di attività di docenza.....  
 Corso.....  
 Istituto di svolgimento.....  
 Destinatari del corso.....  
 Data inizio...../...../..... Data fine ...../...../.....  
 Giorni Totali..... Ore Totali.....  
 Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

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

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

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'eventuale copertura di posti nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – categoria D, con sede presso le articolazioni distrettuali aziendali.**

Indicare se LIBRO, ABSTRACT, POSTER.....  
Titolo.....  
Anno di Pubblicazione.....  
Nome Rivista o Casa Editrice.....  
Indicare se AUTORE o COAUTORE.....  
Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Indicare se LIBRO, ABSTRACT, POSTER.....  
Titolo.....  
Anno di Pubblicazione.....  
Nome Rivista o Casa Editrice.....  
Indicare se AUTORE o COAUTORE.....  
Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Indicare se LIBRO, ABSTRACT, POSTER.....  
Titolo.....  
Anno di Pubblicazione.....  
Nome Rivista o Casa Editrice.....  
Indicare se AUTORE o COAUTORE.....  
Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Indicare se LIBRO, ABSTRACT, POSTER.....  
Titolo.....  
Anno di Pubblicazione.....  
Nome Rivista o Casa Editrice.....  
Indicare se AUTORE o COAUTORE.....  
Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n....

Indicare se LIBRO, ABSTRACT, POSTER.....

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

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

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e sostitutiva di certificazioni  
(artt. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e succ. modificazioni ed integrazioni)**

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... via.....  
documento di identità n.....  
rilasciato in data ..... da.....  
in relazione alla domanda di partecipazione all'avviso di selezione pubblica per la copertura di posti nel profilo di  
Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – categoria D, con sede presso le articolazioni distrettuali  
aziendali

**DICHIARA**

- che le copie degli allegati documenti, numerati dal n. ... al n. ...., e sottoscritti sul retro, non già allegati alle schede dal n. 1 al n 4, sono conformi all'originale in mio possesso;  
 altre dichiarazioni.....

Il/La sottoscritto/a è consapevole di essere penalmente sanzionabile se rilascia false dichiarazioni (articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 modificato dalla Legge 16 gennaio 2003, n. 3) e di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni (articolo 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 modificato dalla Legge 16 gennaio 2003, n. 3).

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

**AVVERTENZE IMPORTANTI**

L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (articolo 71 del D.P.R. n. 445/2000 modificato dalla Legge 16 gennaio 2003, n. 3). I dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (articolo 10 della Legge 31 dicembre 1996 n. 675). Il presente modello può essere utilizzato per quei titoli che il candidato riterrà opportuno dichiarare agli effetti della valutazione, sia per la dichiarazione di conformità all'originale dei titoli presentati in fotocopia, non già dichiarati nelle precedenti schede.

(a) ai sensi dell'articolo 3 – comma 11 della Legge 15 maggio 1997, n. 127, della circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri 27 maggio 1998 n. 4/98 e della circolare del Ministero dell'Interno 15 luglio 1997 n. 11, l'autenticità della firma in calce alla dichiarazione (la quale conserva immutate le caratteristiche di "dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà") potrà, oltre che nelle consuete forme, essere effettuata allegando la fotocopia di un valido documento di identità del firmatario.

---

**Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'art.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.S.L. di Brescia - Servizio 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 suesposta dichiarazione.

Luogo....., data .....  
IL FUNZIONARIO INCARICATO  
.....  
(Firma leggibile e qualifica)