

**UOC PROFESSIONI  
SANITARIE**

Direttore  
Dott.ssa Stefania Rasori



**Segreteria S. Salvatore - Pesaro**

Telefono 0721/366437

Fax 0721/362996

[segreteriaprofessionisanitarie.ast.pu@sanita.marche.it](mailto:segreteriaprofessionisanitarie.ast.pu@sanita.marche.it)

**AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE**

**AL PERSONALE INFERMIERISTICO**

In esecuzione della Determina 601 del 22 maggio 2023

**SI RENDE NOTO**

È indetto ai sensi del REGOLAMENTO:

**"PROCESSI DI ASSEGNAZIONE PERSONALE DIPENDENTE DELL'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE PESARO URBINO"**

**AVVISO INTERNO  
PER L' ASSEGNAZIONE TEMPORANEA,**

**in attesa dell'approvazione dell'nuovo Atto Aziendale AST Pesaro Urbino**

**N. 1 UNITA'**

**Area dei professionisti della salute e dei funzionari**

**INFERMIERE**

**U.O.C. PROFESSIONI SANITARIE**

**Sede Pesaro-Fano**

**Scadenza presentazione domande 10 Maggio 2024**

**REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:**

Possono presentare domanda di partecipazione alla presente procedura tutti coloro che risultano in possesso dei seguenti requisiti

- Essere in possesso del titolo di **Professionisti della Salute e dei Funzionari** Coll. Prof. San. Infermiere
- Essere dipendente con contratto a Tempo Indeterminato,
- Essere dipendente a Tempo Pieno/Full time,
- Aver superato il periodo di prova,
- Avere la piena idoneità fisica per il posto da ricoprire, senza alcuna limitazione.

**MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:**

Gli aspiranti dovranno presentare la domanda in carta semplice secondo il modello allegato (*allegato 1 e allegato 2*) consapevoli che in caso di dichiarazioni false o mendaci verranno applicate le sanzioni previste dall'art.76 del DPR 445/2000.

La domanda dovrà essere corredata di:

- a. Curriculum formativo e professionale **datato e firmato**;
- b. Tutta la documentazione e titoli che i candidati ritengano opportuno presentare, nel proprio interesse, agli effetti della valutazione di merito.
- c. Dichiarazione sostitutiva di Notorietà

Le domande, indirizzate al **Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro Urbino - P.le Cinelli, 4 - 61121 Pesaro**, devono essere inoltrate esclusivamente mediante una delle seguenti modalità:

➤ a mezzo del servizio postale con **raccomandata con avviso di ricevimento**, purché pervenga al protocollo generale dell'Azienda entro il termine perentorio di scadenza (**non sarà ritenuta valida la data di spedizione**);

➤ presentata in busta chiusa direttamente all'**Ufficio Protocollo** dell'Azienda, stesso indirizzo, dalle ore 11:00 alle ore 13:00 di tutti i giorni feriali **escluso il sabato**.

Gli operatori dell'Azienda non sono abilitati né tenuti al controllo circa la regolarità della domanda e dei relativi allegati.

Per l'eventuale rilascio della ricevuta di avvenuta consegna il candidato dovrà presentarsi munito della fotocopia della propria domanda di ammissione, sulla quale verrà apposto un timbro di pervenuto.

All'esterno della busta deve essere indicato il **MITTENTE** (*cognome e nome*) e deve essere riportata la seguente dicitura: **"Il presente plico contiene domanda di mobilità volontaria temporanea per Infermiere per U.O.C. Professioni Sanitarie"**;

➤ inviata al seguente indirizzo di **Posta Elettronica Certificata (PEC)**: [ast.pesarourbino901@emarche.it](mailto:ast.pesarourbino901@emarche.it)

unitamente a fotocopia di documento d'identità del sottoscrittore, purché pervenga al protocollo generale dell'Azienda entro il termine perentorio di scadenza.

Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di posta elettronica certificata personale.

**Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato.**

In caso di invio tramite posta elettronica gli allegati alle manifestazioni di interesse devono pervenire in uno dei seguenti formati previsti dalla normativa vigente in materia di conservazione:

| FORMATI  | ESTENSIONE FILES    |
|--|---------------------|
| PDF  | .pdf                |
| PDF/A (preferibile per garantire la conservazione a lungo termine) |                     |
| TIFF   | .tif                |
| JPG  | .jpg .jpeg          |
| OFFICE OPEN XML (OOXML)  | .docx .xlsx .pptx   |
| OPEN DOCUMENT FORMAT   | .ods .odp .odg .odb |
| XML  | .xml                |
| TXT  | .txt                |

Non saranno accettati files in formati diversi.

Per limitare il numero dei files/allegati si raccomanda di riunire i diversi documenti/immagini **in un unico file PDF**.

Si raccomanda di non superare il limite complessivo di 100 MB per ogni invio/messaggio.

In caso di invio tramite PEC la manifestazione di interesse dovrà essere sottoscritta con firma digitale del candidato con certificato rilasciato da certificatore accreditato, oppure sottoscritta con firma autografa del candidato.

L'invio tramite PEC, sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale. L'Amministrazione non assume responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei file.

## SELEZIONE:

- **Valutazione Curriculum** (massimo **82** punti) – prendendo in considerazione i seguenti elementi:

- Titoli max **60** punti
- Situazione familiare e personale max **12** punti
- **Colloquio** max **10** punti

Il colloquio verterà sulle materie attinenti il ruolo, le conoscenze e le competenze dell'infermiere di comunità e si intende superato con un punteggio di almeno 6/10

## TESTI DI RIFERIMENTO:

- **"Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie"**, di Annalisa Pennini, Mc Graw Hill editore;
- **"Il Coordinatore Infermieristico, L'importanza delle competenze nel lavoro di gruppo"**, di Maria Antonietta Taras;
- **"Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie, i nuovi incarichi di funzione professionale e di funzione organizzativa"**, di Felice Marra, Franco Angeli editore;
- **"Legislazione sanitaria"**, di Luigi Grimaldi, EdISES Edizioni.

## ASSEGNAZIONE

L'assegnazione sarà attribuita al candidato che avrà ottenuto il maggior punteggio generato dalla sommatoria dei valori attribuiti al Curriculum e al Colloquio.

Le graduatorie avranno validità sino all'emissione del bando e saranno rese pubbliche attraverso la pubblicazione nel sito intranet aziendale, l'affissione nelle bacheche dei Presidi Ospedalieri e nelle sedi Distrettuali e inviati per conoscenza alle RSU/OO.SS.

L'accettazione dell'assegnazione o la rinuncia deve essere resa per iscritto dal dipendente interessato entro 5 gg dalla comunicazione. In caso di mancata accettazione del dipendente collocato in posizione utile, si procede ad interpellare il dipendente collocato in posizione immediatamente successiva.

La graduatoria prodotta avrà validità sino all'emissione del successivo bando.

## CALENDARIO PER L'ESPLETAMENTO DELLE PROVE SELETTIVE:

| DIPARTIMENTO/ SERVIZIO       | PROFILO    | DATA SELEZIONE  |
|------------------------------|------------|---|
| U.O.C. Professioni Sanitarie | INFERMIERE | <b>14 Maggio 2024 ore 14,00</b><br>presso<br><b>U.O.C. Professioni Sanitarie</b><br><b>P.le Cinelli n. 4 Pesaro</b> |

Al Direttore Generale  
AST PESARO URBINO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti. Consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Di essere nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Di essere residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

di essere dipendente a tempo indeterminato presso questa Azienda con qualifica di **Professionisti della Salute e dei Funzionari Infermiere** presso

U.O.C. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'avviso di Mobilità Interna per l'assegnazione di n. 0 unità di Professionisti della Salute e dei Funzionari Infermiere per:

**U.O.C. PROFESSIONI SANITARIE**

**Sede Pesaro-Fano**

Allega alla presente:

- Curriculum,
- Dichiarazione Sostitutiva di Notorietà,
- Fotocopia del documento di identità in corso di validità

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

(il dichiarante)



