

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA – UNITA' LOCALE SOCIO SANITARIA 12 VENEZIANA
Servizio del Personale
Via Don Federico Tosatto 147 – 30174 MESTRE (VE)
tel. 0412608776-0412608779 www.ulss12.ve.it

Prot. n. 43105/2004

Venezia, 22 settembre 2004

AVVISO PUBBLICO

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 1147 del 17.9.2004 è stato disposto di assumere, con contratto di diritto privato della durata di due anni, eventualmente rinnovabile e comunque di durata non superiore a quella del permesso di soggiorno:

**CITTADINI STRANIERI NON COMUNITARI IN POSSESSO
DEL DIPLOMA DI INFERMIERE**

Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti richiesti dalla Circolare del Ministero della Sanità prot. DPS/III L. 40/00-1259 dd. 12.4.2000:

- 1) titolo di studio estero riconosciuto quale titolo abilitante per l'esercizio in Italia della professione di Infermiere;
- 2) iscrizione all'albo professionale degli Infermieri in Italia;
- 3) conoscenza della lingua italiana;
- 4) permesso di soggiorno per motivi di lavoro;
- 5) idoneità fisica all'impiego. L'accertamento di tale requisito è effettuato, a cura dell'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria prima dell'immissione in servizio.

Possono inoltre presentare domanda di assunzione anche i cittadini stranieri non comunitari, in possesso dei requisiti sopra elencati – ad esclusione del permesso di soggiorno per motivi di lavoro – per i quali è necessaria la richiesta nominativa di autorizzazione al lavoro subordinato alla Provincia di Venezia – Centro per l'impiego, nel rispetto delle quote massime previste per ciascuna professionale di stranieri da ammettere annualmente sul territorio nazionale per motivi di lavoro.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande di assunzione, redatte in carta semplice secondo il facsimile allegato, e la documentazione ad essa allegata, dovranno essere indirizzate al Direttore Generale dell'Azienda ULSS Via Don Federico Tosatto, 147 – 30174 MESTRE (VE) con le seguenti modalità:

1. a mezzo servizio postale con raccomandata con avviso di ricevimento;
2. direttamente all'ufficio Protocollo dell'Azienda ULSS (Via Don Federico Tosatto, 147 – 30174 MESTRE VE) nei giorni dal lunedì al giovedì dalle ore 8.30 alle 13.30 e dalle ore 14.30 alle 17.00 e nel giorno di venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.30; all'atto della presentazione della domanda sarà rilasciata apposita ricevuta;

3. gli operatori dell'Azienda non sono abilitati al controllo della regolarità delle domande e relativi allegati presentate direttamente all'Ufficio Protocollo;
4. l'Azienda declina ogni responsabilità per eventuale smarrimento delle domande trasmesse tramite servizio postale non imputabile a sua colpa.

Al riguardo si rappresenta che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla legge sono puniti ai sensi dell'art. 496 del codice penale e delle leggi speciali in materia, pena la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

L'Azienda non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte dei candidati oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

L'Azienda si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni prodotte nonché di richiedere la documentazione relativa prima della assunzione in servizio. In caso di produzione di falsa dichiarazione l'Azienda procederà alla denuncia ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

COMMISSIONE ESAMINATRICE E PROVE D'ESAME

La Commissione Esaminatrice del presente avviso sarà costituita in conformità al D. L.vo 165/2001 ed all'art. 44 del DPR 220/2001.

Le prove d'esame saranno le seguenti:

- **prova pratica:** esecuzione di tecniche infermieristiche.
- **prova orale:** vertente nella verifica della conoscenza della lingua italiana.

La data e la sede in cui si svolgeranno le prove saranno comunicate ai candidati con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

I candidati che – per qualsiasi motivo – non si presentino a sostenere le prove di esame nei giorni, nell'ora e nella sede stabilita, saranno dichiarati rinunciatari.

COSTITUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

Il candidati dichiarati idonei dalla Commissione Esaminatrice saranno invitati ad espletare le ulteriori formalità necessarie per la stipula del contratto individuale di lavoro a tempo determinato al quale sarà attribuito il trattamento giuridico ed economico stabilito dal CCNL del personale del Comparto Sanità.

Verrà acquisita la conferma dell'assunzione dopo l'espletamento favorevole del periodo di prova pari a mesi sei, come previsto dal vigente CCNL del personale del Comparto.

Condizione risolutiva del contratto – in qualsiasi momento – sarà l'aver presentato documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

Per quanto non espressamente previsto dal presente bando saranno applicate le disposizioni di cui al DPR 27 marzo 2001 n. 220.

Per informazioni e per ritirare copia del presente bando e fac-simile della domanda, gli interessati potranno rivolgersi presso il Servizio Personale – Ufficio Concorsi dell’Azienda ULSS 12 Veneziana – Via Don Federico Tosatto, 147 – 30174 Mestre (VE) – tel 0412608776/8779 dalle ore 8,30 alle ore 13,30 nei giorni da lunedì a venerdì e dalle ore 14,30 alle ore 17,00 dei giorni di martedì e giovedì (sito internet www.ulss12.ve.it).

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Antonio Padoan

Esente da bollo ai sensi art. 40 del DPR 26 ottobre 1972, n. 642

FACSIMILE DI DOMANDA

Al Direttore Generale
dell'Azienda ULSS n. 12 Veneziana
Via Don Federico Tosatto, 147
30174 MESTRE (VE)

Il/La sottoscritto/a _____ in possesso dei requisiti stabiliti dalla Circolare del Ministero della Sanità prot. DPS/III L. 40/00-1259 dd. 12.4.2000 visto l'avviso approvato con deliberazione n. _____ del 17.9.2004,

CHIEDE

di essere assunto/a in qualità di INFERMIERE, a tempo determinato con contratto di diritto privato presso codesta Azienda ULSS;

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole della responsabilità penale e della decadenza dei benefici cui può andare in contro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA:

1. di essere nato/a a _____
(_____) il __.__.____;
2. di essere residente a _____ (prov. ____) via _____ n. _____;
3. di essere domiciliato/a a _____ (prov. ____) via _____ n. _____;
4. di essere in possesso della cittadinanza _____;
5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
(ovvero di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo:
_____);
6. di essere in possesso dei diritti civili e politici nel Paese di appartenenza;
7. di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici richiesti per l'assunzione, come risulta dall'allegata documentazione:
 - titolo di studio estero riconosciuto quale titolo abilitante per l'esercizio in Italia della professione di Infermiere, Decreto dd. __.__.____ - G. U. Serie Generale n. _____ dd. __.__.____;
 - iscrizione all'Albo professionale degli Infermieri della Provincia di _____ in data __.__.____;
 - permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ in data __.__.____ per motivi di lavoro;
8. di manifestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali;

9. di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;
10. che l'indirizzo – con l'impegno di comunicare ogni eventuale variazione – al quale deve essergli fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

sig./sig.ra _____

via/piazza _____ n. _____

c.a.p. n. _____ città _____ prov. _____

n. telefono _____

data _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 _____ (prov. ____) il _____.____
 residente in _____ (prov. _____), via _____
 n. _____, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità e della conseguente decadenza dai benefici derivanti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 (testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

DICHARA

Dichiara inoltre di essere informato – ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996 n. 675 – che i dati personali suindicati saranno utilizzati esclusivamente per la gestione del trattamento economico, per la posizione previdenziale, assicurativa ed assistenziale e comunque per l'amministrazione degli affari interni.

Data _____

IL/LA DICHIARANTE

_____ (*)

() se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi dovrà essere sottoscritta dal candidato che dovrà allegare alla domanda stessa fotocopia di un documento di riconoscimento*

Presentata copia del documento di identità _____

() se la dichiarazione è consegnata personalmente al funzionario addetto*

Si attesta che la firma sopraesesa è stata apposta in mia presenza da _____
 _____, nato a _____ il _____.____,
 identificato a mezzo di _____ n. _____ rilasciato
 a _____ il _____.

Lì, _____

L'addetto dell'Ufficio

.....
A titolo puramente esemplificativo si riporta la formula che può essere trascritta:

che le fotocopie dei titoli allegati alla domanda, e di seguito elencati sono conformi all'originale in mio possesso:

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 _____ (prov. ____) il _____.____
 residente in _____ (prov. _____), via
 _____ n. _____, consapevole
 delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità e della conseguente decadenza
 dai benefici derivanti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai
 sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 (testo unico delle disposizioni legislative e
 regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

DICHIARA

Dichiara inoltre di essere informato – ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996 n. 675 – che
 i dati personali suindicati saranno utilizzati esclusivamente per la gestione del trattamento
 economico, per la posizione previdenziale, assicurativa ed assistenziale e comunque per
 l'amministrazione degli affari interni.

Data _____

IL/LA DICHIARANTE

_____ (*)

() se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi dovrà essere sottoscritta dal candidato
 che dovrà allegare alla domanda stessa fotocopia di un documento di riconoscimento*

Presentata copia del documento di identità _____

() se la dichiarazione è consegnata personalmente al funzionario addetto*

Si attesta che la firma sopraesesa è stata apposta in mia presenza da _____
 _____, nato a _____ il _____.____,
 identificato a mezzo di _____ n. _____ rilasciato
 a _____ il _____.

Lì, _____

L'addetto dell'Ufficio

 A titolo puramente esemplificativo si riportano alcune formule che possono essere trascritte:

- di essere iscritto presso l'Albo della provincia di _____ al n. _____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito il _____ presso _____