

## **RIAPERTURA TERMINI**

### **AVVISO DI SELEZIONE INTERNA, CON VALUTAZIONE COMPARATIVA DEI CURRICULA, PER IL CONFERIMENTO DELLE FUNZIONI SOSTITUTIVE DI DIREZIONE DELLE U.O.C.: DISTRETTO DELLA SALUTE DI VENOSA - DISTRETTO DELLA SALUTE DI VILLA D'AGRI DISTRETTO DELLA SALUTE DI LAURIA**

*(Art. 18 CCNL 1998/2001, come integrato e modificato dall'art. 11, comma 1, lett. a) e b)  
del CCNL 2002/2005 di entrambe le Aree dirigenziali)*

In attuazione della Deliberazione del Direttore Generale n. 720 del 4 novembre 2019 e a parziale rettifica del precedente Avviso interno pubblicato sul sito internet aziendale in data 29 novembre 2019, con scadenza in data 9 dicembre 2019, in ragione dell'opportunità di adeguare i requisiti previsti a quanto stabilito dall'art. 3-sexies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., si ritiene di riaprire i termini di presentazione delle domande di partecipazione Avviso di selezione interna, con valutazione comparata dei curricula, per il conferimento delle funzioni sostitutive di Direttore delle Unità Operative Complesse di seguito riportate:

<b>STRUTTURA COMPLESSA</b>	<b>DIPARTIMENTO DI AFFERENZA</b>
Distretto della Salute di Venosa	Dipartimento del Territorio
Distretto della salute di Villa d'Agri	Dipartimento del Territorio
Distretto della Salute di Lauria	Dipartimento del Territorio

Gli incarichi di sostituzione hanno una durata di sei mesi, eventualmente prorogabili fino a dodici.

Resta salva la facoltà della Direzione strategica di prorogare eccezionalmente l'incarico oltre tale termine, nel caso in cui non siano completate le procedure di cui all'art. 15 del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm. e ii. ovvero in presenza di sopraggiunte motivazioni di ordine normativo e/o organizzativo, ovvero nelle more di una nuova procedura selettiva interna.

Al Dirigente che sarà incaricato compete l'indennità prevista dall'art. 18, comma 7 del CCNL 8.6.2000 e ss.mm.ii., nella misura e per le ipotesi ivi disciplinate.

Possono partecipare al presente avviso i Dirigenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (A.S.P.), con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e con maturata esperienza nei servizi territoriali.

Gli interessati dovranno far pervenire l'istanza di partecipazione alla selezione, indirizzata al Direttore Sanitario, corredata da dettagliato curriculum formativo e professionale, entro e non oltre 10 (dieci) giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito internet aziendale.

La consegna può essere effettuata a mano, tramite raccomandata a.r., ovvero a mezzo PEC, all'indirizzo [protocollo@pec.aspbasilicata.it](mailto:protocollo@pec.aspbasilicata.it).

Per la consegna a mano o tramite raccomandata a.r., farà fede il timbro di arrivo del protocollo generale aziendale; per la trasmissione a mezzo PEC, le domande dovranno pervenire entro le ore 12,00 del giorno di scadenza. Nel caso in cui la scadenza sia di sabato o in giorno festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La domanda, da redigersi su carta semplice e secondo lo schema allegato al presente Avviso, e il curriculum alla stessa allegata devono essere datati e sottoscritti, pena l'esclusione dalla procedura, allegando copia di un documento di identità in corso di validità.

In particolare nel curriculum allegato il candidato avrà cura di dichiarare ogni stato, fatto e qualità personale che ritenga utile ai fini della valutazione da svolgersi, con particolare riferimento a:

- pregresse attività lavorative, con indicazione di eventuali, specifici incarichi dirigenziali;
- attività di docenza, formative e pubblicazioni;
- ogni altra attività che ritenga possa essere oggetto di valutazione per le finalità proprie della procedura.

Il Direttore Sanitario, anche avvalendosi di personale assegnato all'U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane, provvederà alla valutazione comparata dei curricula prodotti e, con sintetica motivazione, ad indicare il soggetto cui conferire l'incarico, trasmettendo gli esiti alla Direzione aziendale per i seguiti.

Il presente avviso è pubblicato e consultabile sul sito web aziendale [www.aspbasilicata.it](http://www.aspbasilicata.it).

Potenza, addì 10 dicembre 2019

F.to  
Il Direttore Sanitario f.f.  
Dott. Angelo Caputo

FAC-SIMILE DELLA DOMANDA di PARTECIPAZIONE

Al Direttore Sanitario  
Azienda Sanitaria di Potenza (ASP)  
Ufficio Protocollo  
Via Torraca n. 2  
85100 P O T E N Z A

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a partecipare all'avviso di Selezione Interna, con valutazione comparativa dei curricula, per il conferimento delle funzioni sostitutive di Direttore della U.O.C.:

<i>barrare casella che interessa</i>	<b>STRUTTURA COMPLESSA</b>
	Distretto della Salute di Venosa
	Distretto della salute di Villa d'Agri
	Distretto della Salute di Lauria

ai sensi dell'art. 18 CCNL 1998/2001, come integrato e modificato dall'art. 11, comma 1, lett. a) e b) del CCNL 2002/2005 di entrambe le Aree dirigenziali.

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28/11/2000 n. 445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. di essere dipendente dell'Azienda Sanitaria di Potenza a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_;
2. di essere titolare del seguente incarico: \_\_\_\_\_  
nell'ambito del \_\_\_\_\_ (*indicare la struttura di  
afferenza dell'incarico*);
3. che le dichiarazioni rese nell'allegato curriculum, anche in relazione ad eventuale documentazione allegata, corrispondono al vero;
4. che l'indirizzo al quale deve essere fatta pervenire qualsiasi comunicazione relativa al presente avviso è il seguente: \_\_\_\_\_;

Acconsente al trattamento dei dati per le finalità proprie della procedura, nel rispetto della normativa vigente in materia.

Allega curriculum e documento di identità in corso di validità

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso in originale del dichiarante)