



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

AVVISO PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICHI DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 788 del 19/11/2015, ai sensi del CCNL dell'Area relativa alla Dirigenza Medica e Veterinaria e del CCNL dell'Area relativa alla Dirigenza Sanitaria, Tecnica, Professionale ed Amministrativa, è indetto **avviso interno** per il conferimento di incarico, di durata triennale, di responsabile delle Strutture Semplici Dipartimentali di cui all'Allegato "A" al presente avviso, contenente la denominazione delle stesse.

Il valore economico dell'incarico sarà determinato in applicazione delle previsioni di cui al redigendo regolamento aziendale per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione delle funzioni, oggetto di discussione con le OO.SS., a cui si fa espresso rinvio.

Le procedure di conferimento degli incarichi di cui al presente avviso e/o conferma degli incarichi dirigenziali sono quelle individuate all'art. 4 del "*Regolamento aziendale per l'affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali*", approvato con Deliberazione n. 836 del 11/08/2010, allo stato vigente.

Possono partecipare al presente avviso i dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP), di qualifica dirigenziale:

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, con almeno cinque anni di servizio e con valutazione positiva del Collegio Tecnico, in servizio presso il Dipartimento ovvero le strutture cui la S.S.D. afferisce. Per i ruoli della dirigenza tecnica, professionale ed amministrativa l'affidamento dell'incarico segue le modalità previste dal relativo contratto nazionale.

Nella domanda di partecipazione, da redigersi secondo lo schema esemplificativo allegato al presente avviso (Allegato B), gli aspiranti devono dichiarare:

1. Cognome, Nome, data, luogo di nascita e residenza nonché recapito telefonico;
2. la qualifica rivestita e il Servizio o l'Unità Operativa di appartenenza;
3. l'incarico e/o gli incarichi per i quali si intende concorrere.

Alla domanda dovrà essere allegato il *curriculum professionale* nonché ogni altro titolo idoneo a dimostrare la capacità professionale del candidato e l'esperienza acquisita in riferimento all'incarico o agli incarichi per i quali si concorre.

Le domande di partecipazione al presente avviso, a pena di esclusione, devono essere inoltrate entro il termine perentorio del 4/12/2015 (15° giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso sul sito internet aziendale: www.aspbasilicata.net, in una delle seguenti modalità:

- presentate direttamente all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda (Via Torraca, 2 – 85100 POTENZA) – ovvero all'Ufficio Protocollo della disciolta ASL n. 1 di Venosa (Via Roma n. 187 – 85029 VENOSA – PZ) o della disciolta ASL n. 3 di Lagonegro (Via Piano dei Lippi n. 3 – 85042 LAGONEGRO – PZ);
- ovvero spedite, con raccomandata a/r all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, sita in Potenza, alla Via Torraca, 2;

Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo. Si considerano utilmente prodotte le domande spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante.

- per via telematica, mediante invio all'indirizzo PEC aziendale: protocollo@pec.aspbasilicata.net (secondo quanto previsto dall'art. 65 del D. Lgs. n. 85/2005 e dalla circolare n. 12/2010 del Dip.to della Funzione Pubblica). Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata personale. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC aziendale ovvero l'invio da PEC non personale. Si precisa inoltre che, per tale modalità di inoltro della domanda, il termine ultimo di invio della stessa, a pena di esclusione, è fissato alle ore 24:00 del giorno di



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

scadenza del presente avviso. L'invio della domanda tramite PEC non esonera il candidato dalla produzione del documento di riconoscimento in corso di validità, da allegare, tramite stessa PEC, alla domanda medesima. La sottoscrizione della domanda di partecipazione inviata tramite PEC deve essere effettuata con una delle seguenti modalità:

- sottoscrizione effettuata tramite firma digitale del candidato;
- scansione della domanda cartacea con firma estesa autografata del candidato unita a scansione del documento di identità.

La domanda e tutta la documentazione, compreso il documento di identità personale, devono essere allegati esclusivamente in formato PDF

La selezione e valutazione delle domande avverrà sulla base dei criteri stabiliti nel Regolamento aziendale per l'affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali, allo stato vigente; gli incarichi, saranno affidati con atto scritto e motivato dal Direttore Generale, su proposta del Direttore del Dipartimento di afferenza della S.S.D (e/o del Direttore Sanitario Aziendale/Direttore Amministrativo), nell'area e/o nella disciplina di appartenenza.

Il trattamento dei dati personali forniti dai candidati sarà effettuato nel rispetto dei principi di cui al D. Lgs. n. 196/2003.

Ai fini della presente procedura si individua quale Responsabile del procedimento la dott.ssa Rosanna Cutrone, U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane – Sede amministrativa di Venosa – reperibile, per informazioni, il martedì e giovedì, dalle ore 15,00 alle ore 17,00 al seguente numero telefonico 0972/39455

Il presente avviso sarà pubblicato sull'Albo on line dell'ASP in data 19/11/2015, unitamente agli allegati sul sito internet: www.aspbasilicata.net.

Potenza, lì 19/11/2015

Il Direttore Generale
Dott. G.B. Bochicchio



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Fac simile domanda

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)
Via Torraca, 2 – 85100 POTENZA

e, p.c. Direttore Dipartimento

____l____ sottoscritt____ nat____ a _____ (____, il
_____, residente in _____ (____) Via _____, n. ____
CAP _____, Tel. n. _____

CHIEDE

Di essere ammess____ a partecipare alla selezione per il conferimento del seguente incarico di Struttura Semplice Dipartimentale denominato: _____ del Dipartimento _____;

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 dichiara:

- Di essere dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) dal _____;
- Di essere in possesso della seguente qualifica dirigenziale _____;
- Di prestare servizio presso la U.O./S.C./Servizio _____ dell'ASP di Potenza.

Dichiara di aver preso visione del testo integrale dell'avviso e di accettare tutte le indicazioni contenute e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali e sensibili ex D.Lgs. 196/2003, finalizzato alla gestione della procedura selettiva e degli adempimenti conseguenti. Ogni necessaria conseguente comunicazione dovrà essere inviata al recapito sopra indicato.

_____, lì _____

Firma

(da non autenticare ai sensi dell'art.3 comma 5 della L. 127/97)

Alla domanda si allega la seguente documentazione:

