

# AZIENDE SANITARIE

## AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

Avviso pubblico per il conferimento dell'incarico di Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

## AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

### AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI DIRETTORE SANITARIO DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA (A.S.P.)

In esecuzione della Deliberazione del Commissario n. 33 del 24/01/2018 è indetto ai sensi dell'art. 17 della Legge Regionale n. 39/2001 e ss.mm.ii., avviso pubblico per il conferimento, per un periodo di massimo anni 1, dell'incarico di Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza. Il conferimento dell'incarico è disciplinato dall'articolo 9 del D. Lgs 4 agosto 2016, n. 171, dagli articoli 3 e 3 bis del D.lgs. n. 502/1992, dagli art. 17, 18 e 19 della L.R. n. 39 del 31/10/2001 e ss.mm.ii., dal D.P.C.M. n. 319 del 31/05/2001, dagli artt. 3, 5, 8,10 e 14 del D. lgs n. 39 dell'8.04.2013.

#### **ART. 1**

Possono presentare istanza, secondo lo schema allegato al presente avviso (ALL. A), coloro i quali siano in possesso dei seguenti requisiti:

- a) Di essere un medico di qualifica dirigenziale;
- b) Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia;
- c) Di aver volto per almeno cinque anni, qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media e grande dimensione. La definizione di ente o struttura sanitaria di media grande dimensione è quella di cui all'art. 2 del DPR 484/1997 e deve aver comportato la diretta responsabilità delle risorse umane e strumentali affidate al dirigente e l'attività quinquennale di direzione deve essere stata svolta nei sette anni precedenti il conferimento dell'incarico.
- d) Di avere età non superiore a 65 anni alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata;
- e) Di non trovarsi in alcuna delle condizioni previste dall'art. 3 comma 11 del D. lvo 31.12.1992 n. 502 e ss.mm.ii.,
- f) Di non trovarsi in alcune delle condizioni di inconferibilità e di incompatibilità di cui agli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 del D.lgs. n. 39 dell'8.4.2013;

- g) Di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art.6 del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito con modificazioni dalla L. n. 114/2014, che contempla il divieto di incarichi dirigenziali a soggetti in quiescenza.

I requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine previsto per la presentazione delle domande di ammissione.

Ai sensi dell'art. 17, comma 1 della L.R. n. 39/2001 e ss.mm.ii., la perdita di uno dei requisiti sopra indicati determina l'automatica cessazione della carica indipendentemente da qualsiasi previsione contrattuale.

### **ART. 2**

La domanda di ammissione alla selezione per la nomina a Direttore Sanitario Aziendale, redatta in carta semplice secondo il modello allegato, indirizzata al Commissario dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza - Via Torraca n. 2 - 85100 Potenza, dovrà essere spedita con raccomandata a.r., ovvero a mezzo posta elettronica certificata - pec- al seguente indirizzo [protocollo@pec.aspbasilicata.it](mailto:protocollo@pec.aspbasilicata.it), ovvero presentata all'Ufficio Protocollo della stessa Azienda entro il termine di venti ( 20) giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BUR.

In caso di spedizione farà fede il timbro dell'Ufficio postale accettante.

Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

### **ART. 3**

La domanda, redatta ai sensi del DPR n. 445/2000, dovrà contenere a pena di inammissibilità e sotto forma di autocertificazione le seguenti dichiarazioni:

- a) cognome e nome;
- b) data e luogo di nascita, luogo di residenza, codice fiscale;
- c) di essere un dirigente medico;
- d) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, con indicazione del luogo e della data del conseguimento;
- e) di non trovarsi in alcuna delle condizioni previste dall'art. 3 comma 11 del D.lvo 31.12.1992 n. 502 e ss.mm.ii.,

- f) di non trovarsi in alcune delle condizioni di inconferibilità e di incompatibilità di cui agli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 del D.lgs. n. 39 dell' 8.4.2013;
- g) di aver svolto per almeno cinque anni, qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media e grande dimensione;
- h) di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art.6 del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito con modificazioni dalla L. n. 114/2014, che contempla il divieto di incarichi dirigenziali a soggetti in quiescenza;
- i) di essere in possesso del certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di cui all'art. 3 bis, comma 4, del D.L.vo n. 502/92 e ss.mm.ii., richiamato espressamente dall'art. 17, comma 2, della L.R. N. 39/2001 e s.m.i., ovvero, in mancanza, di impegnarsi a produrre tale certificazione entro 18 mesi dal conferimento dell'incarico;
- j) il luogo ove si desidera che eventuali comunicazioni relative al presente avviso vengano effettuate. In assenza di tale dichiarazione, le comunicazioni verranno inviate al luogo di residenza.

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione, a pena di inammissibilità.

- 1- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2- Curriculum professionale, datato e firmato relativo alla qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione;
- 3- Certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di cui all'art. 3 bis, comma 4, del D.L. vo n. 502/2 e s.m.i., espressamente richiamato dall'art. 17, comma 2, della L.R. n. 39/2001 e s.m.i, ovvero impegno a produrre tale certificazione entro 18 mesi dal conferimento dell'incarico.

Non verranno prese in considerazione:

1. Le domande mancanti anche solo di una delle dichiarazioni di cui sopra;
2. Le domande non corredate dagli allegati di cui ai numeri 1), 2) e 3) del presente articolo.

L'azienda non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del candidato 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 o a caso fortuito o forza maggiore.

L'accertamento del possesso dei requisiti è effettuato dal Commissario che potrà avvalersi di idoneo supporto tecnico. L'attribuzione dell'incarico avverrà con atto motivato con particolare riferimento alle capacità professionali dei soggetti prescelti, in relazione alle funzioni da svolgere.

La durata dell'incarico, poiché conferita dal Commissario dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, è fino alla nomina del nuovo Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza e comunque non oltre un anno decorrente dalla data di sottoscrizione del contratto di Commissario.

#### **ART. 4**

Il rapporto di lavoro del Direttore Sanitario è a tempo pieno ed esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, nella osservanza delle previsioni di cui alla vigente normativa nazionale e regionale nonché, per quanto gli aspetti economici, da direttive regionali approvate con deliberazioni della Giunta Regionale di Basilicata e /o da Leggi Regionali.

Il presente avviso potrà essere revocato o anche non comportare il conferimento dell'incarico da parte del Commissario.

Il Commissario  
Giovanni B. Chiarelli

## FAC-SIMILE DI DOMANDA

Al Commissario  
 dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza - A.S.P.  
 Via Torraca,2  
 85100 Potenza

OGGETTO: Domanda per la candidatura a Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (A.S.P.).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_, Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_, propone la propria candidatura alla nomina di Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria locale di Potenza (A.S.P.).

A tal fine, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. :

1. Di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_;
2. Di essere un medico con la seguente qualifica dirigenziale \_\_\_\_\_;
3. Di aver volto nei sette anni precedenti e per almeno cinque anni, qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media e grande dimensione;
4. Di non aver compiuto i 65 anni di età alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata;
5. Di non trovarsi in alcuna delle condizioni previste dall'art. 3, comma 11 del D.lvo 31.12.1992 n. 502 e ss.mm.ii.,
6. Di non trovarsi in alcune delle condizioni di inconfiribilità e di incompatibilità di cui agli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 del D.lgs. n. 39 dell'8.4.2013;
7. Di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 6 del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito con modificazioni dalla L. n. 114/2014, che contempla il divieto di incarichi dirigenziali a soggetti in quiescenza;
8. Di essere in possesso del certificato del corso di formazione in materia di Sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di cui al D.L.vo 502/92 e ss.mm.ii. ovvero di impegnarsi a produrre il certificato di frequenza del corso di formazione in materia sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria entro 18 mesi dall'eventuale conferimento dell'incarico;
9. Di voler ricevere ogni comunicazione al seguente recapito:  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_  
 c.a.p. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ tel./cell \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara altresì di allegare alla presente domanda:

1. copia di documento di riconoscimento in corso di validità ;
2. curriculum professionale debitamente datato e sottoscritto;
3. copia del certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di cui all'art. 3 bis, comma 4, del D.L. vo n. 502/2 e ss.mm.ii..

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

Firma

\_\_\_\_\_