



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**AVVISO INTERNO PER L'ATTRIBUZIONE DI
INCARICO DIRIGENZIALE PROFESSIONALE DI RESPONSABILE
DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE DELL'ASP**

Si informano i Signori Dirigenti dell'ASP che è indetto avviso interno per il conferimento di incarico dirigenziale professionale di Dirigente Responsabile dell'Attività Libero Professionale dell'ASP - graduato in fascia AS - Livello AS1 - Incarico professionale di coordinamento ed elevato grado competenze specialistiche assistenziale, ispettiva, di verifica e controllo, di consulenza, studio o ricerca, che richiedono un elevato grado di competenze specialistiche.

Le procedure di conferimento dell'incarico di cui al presente avviso 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.

Il valore economico dell'incarico sarà determinato in applicazione del regolamento aziendale per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione delle funzioni.

L'incarico dirigenziale di Dirigente Responsabile dell'Attività Libero Professionale dell'ASP è incardinato nello staff della Direzione Sanitaria aziendale, è aperto a tutti i ruoli dirigenziali e comporta la mobilità interna del dirigente.

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;
- con valutazione positiva del Collegio Tecnico;

L'incarico de quo è incompatibile con lo svolgimento di attività libero professionale sia intramoenia sia extramoenia.

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

1. Cognome, Nome, data, luogo di nascita e residenza nonché recapito telefonico;
2. la qualifica rivestita;
3. il possesso dell'anzianità di servizio continuativa nel Servizio Sanitario Nazionale almeno quinquennale;
4. la Unità Operativa di appartenenza;
3. l'incarico per il quale si concorre.
4. di essere consapevole che il conferimento dell'incarico cui si concorre è incompatibile con l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia ed extramoenia.

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 materia.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Le domande di partecipazione al presente avviso, a pena di esclusione, devono essere inoltrate al Direttore Sanitario Aziendale come indicato nel prospetto sopra riportato entro il termine perentorio del 15° giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso sul sito internet aziendale: www.aspbasilicata.net, in una delle seguenti modalità:

- presentate direttamente a qualsiasi Ufficio del Protocollo Generale dell'Azienda;
- spedite, con raccomandata a/r all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, sita in Potenza, alla Via Torraca, 2;
- trasmesse 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.

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.

In caso di invio tramite PEC il termine ultimo di invio della stessa, a pena di esclusione, è fissato alle ore 24:00 del giorno di 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 sarà effettuata dal Direttore Sanitario Aziendale sulla base dei criteri stabiliti nel Regolamento aziendale per l'affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali, allo stato vigente.

L'incarico sarà affidato con atto scritto e motivato dal Direttore Generale.

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 il dott. Nicola Falcone, reperibile dalle ore 9,00 alle ore 13,00, al seguente recapito telefonico 0973/48530.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

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

Potenza, li 25. 01. 2016

Il Direttore Generale
Dott. G.B. Bochiocchio



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Fac simile domanda

Al Direttore Sanitario Aziendale dell'ASP
Dott. Massimo De Fino
Via Torraca 2,
85100 Potenza

Il/La 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 Responsabile dell'Attività Libero Professionale dell'ASP - graduato in fascia AS - Livello AS1 - Incarico professionale di coordinamento ed elevato grado competenze specialistiche assistenziale, ispettiva, di verifica e controllo, di consulenza, studio o ricerca, che richiedono un elevato grado di competenze specialistiche.

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 aver maturato un anzianità di servizio continuativa in qualità di dirigente del SSN di almeno cinque anni decorrenti dal:
- Di prestare servizio presso la U.O./S.C./Servizio dell'ASP di Potenza.
- Di essere consapevole che il conferimento dell'incarico cui concorre è incompatibile con l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia ed extramoenia.

Il sottoscritto dichiara altresì 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.

_____, li _____

Firma

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

Alla domanda si allega la seguente documentazione:

- 1) Fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) *Curriculum vitae ed studiorum* datato e firmato;
- 3) _____;