

**ASP****AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA****AVVISO**

Si comunica che in esecuzione della Deliberazione n. **548** del **19/07/2012** questa Azienda Sanitaria Locale di Potenza ha disposto

**LA RIAPERTURA DEI TERMINI****CON MODIFICAZIONI**

dell'**Avviso pubblico per il conferimento di n. 1 borsa di studio finalizzata alla formazione avanzata on the job di laureati in Farmacia**, indetto con Deliberazione n. 401 del 16/05/2012, pubblicato integralmente sul B.U.R. della Basilicata — parte II — n. 16 del 01.06.2012, con termine di scadenza per la presentazione delle domande in data 16/06/2012.

**Il richiamato Avviso è, pertanto, sostituito dal seguente:**

**Avviso pubblico per il conferimento di 1 borsa di studio finalizzata alla formazione avanzata on the job di laureati in farmacia.**

È indetto avviso pubblico, per titoli e colloquio, per l'assegnazione di n. 1 borsa di studio finalizzata alla formazione avanzata on the job di laureati in farmacia, della durata di mesi 12.

La presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto del D.Lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, in applicazione di quanto disposto dal citato D.Lgs.196/2003 in modo da assicurare la tutela della riservatezza dell'interessato, fatta comunque salva la necessaria pubblicità della procedura concorsuale ai sensi delle disposizioni normative vigenti.

In conformità a quanto previsto dall'art. 7, comma 1 del D.Lgs. n. 165/2001, è garantita parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e per il trattamento sul lavoro.

La partecipazione è consentita ai candidati dell'uno e dell'altro sesso che siano in possesso dei requisiti prescritti. Al riguardo, ai sensi dell'art. 4, comma 3, della Legge n. 125/91, come sostituito ed integrato dall'art. 27, comma 5 del D.Lgs. n. 198 dell'11.04.2006, si precisa che il termine "candidati" usato nel testo va sempre inteso nel senso innanzi specificato e, quindi, riferito agli aspiranti "*dell'uno e dell'altro sesso*".

**Art. 1****Requisiti generali e specifici per l'ammissione all'avviso**

I requisiti **generali** di ammissione sono i seguenti:

1. cittadinanza italiana, salvo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
2. idoneità fisica all'impiego.

Non saranno ammessi coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo o che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, per persistente insufficiente scarso rendimento ovvero siano stati dichiarati decaduti da un impiego statale per aver ottenuto l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

La partecipazione all'avviso non è soggetta a limiti di età.

I requisiti **specifici** di ammissione sono i seguenti:

3. **laurea** in *Farmacia o in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche*;
4. **specializzazione** in farmacia ospedaliera o equipollenti;
5. **iscrizione** all'albo professionale dell'ordine dei farmacisti;
6. **curriculum** concernente le attività professionali e di studio.

Per la valutazione dei contenuti del curriculum si applicheranno analogicamente i criteri stabiliti dal D.P.R. n. 483/97.

Tutti i requisiti generali e specifici devono

essere posseduti dai candidati, a pena di esclusione, alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione.

**Il possesso dei requisiti richiesti dal suddetto art. 1, punti 1), 3), 4), 5) e 6) deve essere autocertificato dal candidato ai sensi del DPR n. 445/2000, allegando copia non autentica di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

**Ai sensi dell'art. 15 della Legge n. 183 del 12.11.2011, l'eventuale produzione di certificato rilasciato da una Pubblica Amministrazione è nulla. In tal caso l'Azienda procederà all'esclusione del candidato per difetto del requisito attestato dal certificato medesimo.**

**Si precisa che le domande già pervenute di partecipazione all'Avviso pubblico per il conferimento di n. 1 borsa di studio finalizzata alla formazione avanzata *on the job* di laureati in farmacia, indetto con Deliberazione n. 401 del 16/05/2012, restano valide a tutti gli effetti con la possibilità, in capo ai candidati, di integrare entro i termini di scadenza del presente avviso di riapertura con modificazioni, la documentazione con ulteriori titoli eventualmente maturati.**

#### **Art. 2**

##### **Domanda di ammissione e presentazione**

La domanda di ammissione all'avviso (e la documentazione ad essa allegata), redatta in carta semplice secondo lo schema allegato (Allegato A), dovrà essere inviata **esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento** al seguente indirizzo: **Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (A.S.P.) – Via Torraca n. 2 – 85100 Potenza**, entro e non oltre le ore 12:00 del 20° giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata. Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo. Le domande si considerano prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo raccomandata A.R. entro il ter-

mine indicato. A tal fine farà fede il timbro e la data dell'Ufficio Postale accettante.

Per l'ammissione al presente avviso, gli aspiranti devono dichiarare nella domanda, sotto la propria responsabilità, consapevoli delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 quanto segue:

- a) cognome, nome, data e luogo di nascita;
- b) il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- c) il Comune nelle cui liste elettorali sono iscritti ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione;
- d) le eventuali condanne penali riportate (ovvero di non aver riportato condanne penali);
- e) i titoli di studio posseduti ed i requisiti di ammissione richiesti dall'avviso e relativa specificazione;
- f) i servizi prestati come dipendenti presso pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
- g) il domicilio eletto ai fini della selezione;
- h) il recapito telefonico presso il quale dovrà essere fatta ogni necessaria comunicazione ed eventuale indirizzo e-mail.

La domanda deve essere firmata, pena esclusione, e la firma in calce alla domanda non deve essere autentica. Alla stessa il candidato dovrà allegare una fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità.

Con la partecipazione all'avviso è implicita da parte degli aspiranti, l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando.

Alla domanda di partecipazione i candidati dovranno allegare la documentazione, nella forma dell'autocertificazione resa secondo gli **Allegati B e C** (accompagnata da fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità), idonea a documentare il possesso dei requisiti specifici richiesti, nonché dei titoli che ritengono opportuno dichiarare agli effetti della

valutazione e della formulazione dell'elenco degli idonei, compreso il **Curriculum** formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato.

### Art. 3

#### Ammissione/esclusione dei candidati

L'Azienda provvederà all'esame delle domande prodotte dai candidati ed in caso di verifica del mancato possesso provvederà a comunicare ai candidati la conseguente esclusione.

### Art. 4

#### Disposizioni finali

La **finalità** della borsa di studio è la formazione avanzata on the job attraverso l'avvio di uno studio di fattibilità dei seguenti aspetti innovativi:

- 1) introduzione della figura del "farmacista di reparto e/o di dipartimento" (*in affiancamento a medici dipendenti di vari ambiti sanitari di questa ASP*), quale possibile nuovo modello di integrazione delle competenze Farmacista — Clinico;
- 2) promozione di "attività di informazione" scientifica aziendale indipendente" (a favore sia di medici dipendenti che di medici di base),
- 3) reingegnerizzazione del "processo di gestione del bene farmaceutico",

quali strumenti per la prevenzione degli errori in terapia, il miglioramento della pratica prescrittiva, la razionalizzazione delle risorse assegnate al servizio farmaceutico aziendale, il contenimento della spesa farmaceutica e l'implementazione delle politiche di governo clinico.

L'assegnatario dovrà prestare la propria opera, per tutta la durata della borsa di studio, presso il Servizio Farmaceutico Aziendale — Articolazione Ospedaliera.

L'assegnazione della borsa di studio sarà disposta da apposita Commissione nominata dal Direttore Generale dell'Azienda. La Commissione graduerà i candidati ammessi in base ai titoli posseduti ed in base al giudizio sull'esito di un colloquio riguardante la materia oggetto delle borse di studio.

Il conferimento della borsa di studio non darà luogo ad impiego e la prestazione del borsista non è riconducibile ad un rapporto di lavoro subordinato ed esclusivo alle dipendenze della pubblica amministrazione.

L'attività quale borsista è comunque incompatibile con un rapporto di lavoro dipendente con enti pubblici e soggetti privati e non è cumulabile con altre borse di studio conferite da enti pubblici o soggetti privati.

L'attività quale borsista è compatibile con lo svolgimento di attività libero professionali non in contrasto con l'attività istituzionale di questa ASP. L'assegnatario dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità di cui al punto precedente.

Il sopravvenire di una delle predette situazioni di incompatibilità comporta l'immediata decadenza dal godimento della borsa di studio.

Per la borsa di studio, per la quale è richiesto un impegno di 25 ore settimanali, è previsto un compenso lordo annuo onnicomprensivo di Euro 20.000,00 per dodici mensilità.

Il compenso dell'assegnatario della borsa di studio sarà corrisposto in rate mensili previa determinazione vistata dal direttore della struttura complessa "U.O.C. Assistenza Farmaceutica - Articolazione Ospedaliera".

Il borsista risponde di eventuali danni patrimoniali causati con dolo o colpa grave all'Azienda nell'espletamento della propria attività di studio.

L'Azienda attiva idonea copertura assicurativa per infortuni sul lavoro (INAIL) e per responsabilità civile per eventuali danni che il borsista possano arrecare a terzi. L'Azienda assicura, inoltre, la sorveglianza sanitaria del borsista ai sensi del D.Lgs. n. 230/95.

L'Azienda si riserva la facoltà di protrarre il termine di scadenza fissato dall'avviso, di sospendere, annullare o revocare il presente avviso e di non conferire la borsa di studio ove ricorrano motivi di pubblico interesse.

Questa Azienda si riserva, altresì, la facoltà di non procedere, di sospendere ovvero di ritardare il conferimento dell'incarico per motivi collegati anche a disponibilità finanziarie.

La graduatoria di merito potrà essere utilizzata ad insindacabile giudizio dell'Azienda in caso di rinuncia del titolare della borsa di studio e/o per il conferimento di altre due borse di studio nel caso in cui tale sperimentazione produca risultati tangibili in termini di risparmio tali da ipotizzare di estendere la stessa anche ad altre aree.

Per quanto non espressamente previsto dal presente bando si fa riferimento alle vigenti disposizioni legislative e contrattuali che disciplinano la materia.

Responsabile del procedimento è la Sig.ra Giuseppina La Grotta - UOC Gestione del Personale - Sede di Lagonegro, Via Piano dei Lippi, 3 - Lagonegro (PZ), alla quale potranno essere rivolte richieste di chiarimenti nei giorni di martedì e giovedì, dalle ore 15,00 alle ore 17,30, telefonando al seguente numero telefonico 0973/48507.

Il presente bando, compreso gli allegati, sono disponibili sul sito internet aziendale:

[www.aspbasilicata.it](http://www.aspbasilicata.it)

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Mario Marra

**Fac-simile di domanda da redigere in carta semplice)****(Allegato A)**

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

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_, nat il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_) alla Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

**chiede di poter partecipare all'avviso pubblico per il conferimento di n. 1 borsa di studio a favore di laureati in Farmacia.**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000,

**dichiara:**

- a) di essere in possesso della cittadinanza italiana;
- b) di essere iscritt \_\_\_\_\_ nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;
- c) di non aver subito condanne penali (*oppure indicare la data del provvedimento e l'autorità che lo ha emesso*);
- d) di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_, conseguito in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
- e) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione <sup>1</sup> :
  1. \_\_\_\_\_;
  2. \_\_\_\_\_;
  3. \_\_\_\_\_;
  4. \_\_\_\_\_;
- f) di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione \_\_\_\_\_ (*solo per i candidati di sesso maschile*);
- g) di non aver prestato servizio con rapporto di impiego presso pubbliche Amministrazioni **ovvero** di avere prestato servizio o di prestare servizio con rapporto di impiego presso le seguenti pubbliche Amministrazioni;
- h) che l'indirizzo al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è il seguente: \_\_\_\_\_.

Allega i seguenti documenti:

- 1) copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) curriculum datato e firmato, redatto secondo le indicazioni previste all'art. 1, punto 6) dell'avviso.

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ autorizza, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30.06.2003, L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza al trattamento dei dati personali forniti con la presente istanza.

Data \_\_\_\_\_

Firma (non autenticata) \_\_\_\_\_

**(Allegato B)****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**  
(art. 46 del D.P.R. 445/2000)

\_\_\_\_l\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali  
previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n.  
445/2000,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità quanto segue:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_l\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ autorizza, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30.06.2003, L'Azienda  
Sanitaria Locale di Potenza al trattamento dei dati personali forniti con la presente dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOTTOSCRITTORE  
\_\_\_\_\_

**(Ai sensi dell'art. 15 della Legge n. 183 del 12.11.2011, l'eventuale produzione di certificato  
rilasciato da una pubblica Amministrazione è nulla. In tal caso l'Azienda procederà  
all'esclusione del candidato per difetto del requisito attestato dal certificato medesimo)**

**(Allegato C)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali  
previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n.  
445/2000,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità quanto segue:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ autorizza, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30.06.2003, L'Azienda  
Sanitaria Locale di Potenza al trattamento dei dati personali forniti con la presente dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL SOTTOSCRITTORE**

\_\_\_\_\_

**(Ai sensi dell'art. 15 della Legge n. 183 del 12.11.2011, l'eventuale produzione di certificato  
rilasciato da una pubblica Amministrazione è nulla. In tal caso l'Azienda procederà  
all'esclusione del candidato per difetto del requisito attestato dal certificato medesimo)**

(Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, alla presente dichiarazione deve essere allegata fotocopia  
di un documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità)