



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

AREA DI STAFF INNOVAZIONE, RICERCA E FORMAZIONE
Potenza 0971310533,

Potenza 24 GIU. 2014

AVVISO INTERNO

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 315 del 24.06.2014 sono riaperti i termini dell'avviso di selezione interna, scaduto il 12.02.2014, per l'affidamento della sola disciplina elencata nella tabella che segue "Allegato 1" relativamente al corso OSS -di cui alla DGR Basilicata n. 654 del 15.04.2002- da svolgersi a Potenza, nell'anno 2014.

Per la selezione di che trattasi, può presentare domanda il personale dipendente dell'Azienda Sanitaria di Potenza (ASP).

Le domande degli interessati, redatte in carta semplice, devono essere indirizzate al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di Potenza via Torraca 2 - 85100 Potenza, e presentate all'Ufficio Protocollo Aziendale entro quindici giorni dalla pubblicazione dell'avviso sul sito web aziendale. Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno non festivo. Si considerano utilmente prodotte anche 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. Gli aspiranti devono dichiarare nella domanda, sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 445/2000: i dati anagrafici (cognome, nome, data e luogo di nascita), il codice fiscale, la residenza e/o il domicilio, il numero di telefono e/o di cellulare, la sede di lavoro, la qualifica attualmente posseduta ed eventuali altri incarichi, l'anzianità di servizio, i titoli di studio e professionali con tutti gli elementi utili per la loro valutazione. Alla domanda va allegato copia di un documento di identità valido e un curriculum personale nel formato europeo datato e firmato, **pena la non ammissibilità alla selezione**. Non sarà preso in considerazione il rinvio a documenti esistenti nel fascicolo personale. Per quanto riguarda gli aspetti economici si rimanda alla normativa contrattuale, nonché agli accordi e alla programmazione Aziendale. **Non sono previsti rimborsi per spese di viaggio**. L'insegnamento e l'incarico sarà affidato ai dipendenti in possesso dei titoli come da tabella allegata al presente avviso. Ai fini dell'assegnazione dell'incarico di insegnamento fra tutti coloro in possesso dei requisiti, sarà data precedenza ai dipendenti aventi rapporto di lavoro di ruolo e a tempo pieno, con la posizione funzionale più elevata. A parità di posizione funzionale si darà priorità ai più anziani di servizio presso questa Azienda o presso le disciolte ASL della Basilicata confluite nella ASP; in caso di ulteriore parità sarà valutato il curriculum. Il personale docente è tenuto in particolare a: programmare l'insegnamento dello specifico apporto disciplinare in modo coerente con la globalità del progetto formativo; presentarsi puntualmente in aula all'ora d'inizio delle lezioni programmate dal Direttore del corso; partecipare alle adunanze dei docenti; proporre la bibliografia e/o fornire materiale di supporto allo studio; favorire il sostegno e il recupero dello studente qualora si riscontrino difficoltà di apprendimento; concorrere a delineare il profilo dello studente in merito all'apprendimento e all'attitudine professionale.

Si provvederà a dare esito della selezione attraverso la pubblicazione sul sito web aziendale del personale incaricato.



Il Direttore
Area di Staff Innovazione Ricerca e Formazione
Dr- Agostino CHIARELLI

Data di pubblicazione: 25.06.2014 Termine per la presentazione della domande: 10.07.2014



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

ALLEGATO 1

RIAPERTURA DEI TERMINI DELL'AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER IL
CONFERIMENTO DELL' INCARICO DI DOCENZA NEL CORSO PER OPERATORE
SOCIO-SANITARIO (O.S.S.) DA SVOLGERSI NEL 2014 PRESSO LA SEDE FORMATIVA
DI POTENZA

DISCIPLINA	ORE TEORIA	ORE ESERCITAZIONI	Requisiti per la docenza
Aspetti psico-relazionali ed interventi assistenziali in rapporto alle specificità dell'utenza	50		Laurea in Psicologia



Il Direttore
Area di Staff Innovazione Ricerca e Formazione
Dr- Agostino CHIARELLI



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Fac simile domanda

**Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale di Potenza
Via Torraca, 2
85100 POTENZA**

Il/La sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____

con riferimento all'avviso interno pubblicato il 25.06.2014

CHIEDE

di partecipare alla selezione interna per l'affidamento della disciplina "**Aspetti psico-relazionali ed interventi assistenziali in rapporto alle specificità dell'utenza**" relativamente al corso per OSS da attivare nel 2014 a Potenza.

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/00 di:

- avere Cognome _____ e Nome _____;
- essere nata/o a _____ il _____;
- essere residente a _____ in via _____ n° ____;
- essere domiciliato (solo se diverso dalla residenza) a _____ in via _____ n° ____
- di avere codice fiscale _____

- di essere dipendente di ruolo a tempo determinato a tempo pieno part-time presso la ASP con matricola numero _____ e con la seguente qualifica:
(indicare la qualifica ed eventuali altri incarichi) _____
_____ Categoria _____
presso la seguente sede di lavoro _____
_____ Tel _____

- di avere un'anzianità di servizio presso la ASP o presso le disciolte ASL della Basilicata confluite nella ASP pari a mesi _____ così calcolata
 - 1) da _____ a _____ presso _____ con qualifica _____
 - 2) da _____ a _____ presso _____ con qualifica _____
 - 3) da _____ a _____ presso _____ con qualifica _____
 - 4) da _____ a _____ presso _____ con qualifica _____
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio richiesti dall'avviso:



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

1) _____
conseguito il _____ presso _____ con voti _____

2) _____
conseguito il _____ presso _____ con voti _____

3) _____
conseguito il _____ presso _____ con voti _____

• Altro

Tel _____ Cell _____

Allega copia in carta semplice del seguente documento di riconoscimento in corso di validità
Tipo documento _____ rilasciato il _____ da _____;
numero _____

Data, _____

FIRMA

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lvo 196/03

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza il trattamento dei dati personali,
anche con strumenti informatici, per il conseguimento delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti.

Data _____

Firma
