



Servizio Sanitario Regionale Basilicata  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2015/00835

DEL 03/12/2015

Collegio Sindacale il 03/12/2015

### OGGETTO

Avviso di mobilità interna, destinato esclusivamente al profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario-Infermiere (cat. D). Riapertura dei termini con modificazione per la presentazione delle domande di partecipazione.

Struttura Proponente

Gestione del Personale - (PZ)

Documenti integranti il provvedimento:

| Descrizione Allegato                   | Pagg. | Descrizione Allegato | Pagg. |
|--|-------|----------------------|-------|
| SCHEMA AVVISO _MOBILITA' INTERNA R.T.. | 1     |                      |       |
|  |       |                      |       |
|  |       |                      |       |

### Uffici a cui notificare

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Gestione del Personale - (PZ)  | Gestione del Personale - (VEN) |
| Gestione del Personale - (LAG) | Segreteria Direzionale         |

### CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data 03/12/2015

La presente diviene eseguibile ai sensi dell'art.44 della L.R. n.39/2001 e ss.mm.ii

Immediatamente

Dopo 5 gg dalla pubblicazione all'Albo

Ad avvenuta approvazione regionale

< **PREMESSO** che questa Azienda Sanitaria:

- con D.D.G. n. 711 del 29/10/2015 ha indetto apposito avviso di mobilità interna, destinato esclusivamente al profilo di Collaboratori Professionale Sanitario – Infermieri Cat. D;
- L'avviso in parola è stato pubblicato in data 02/11/2015 sull'albo *on line* del sito internet aziendale, con scadenza del termine utile per la presentazione delle domande il giorno 17/11/2015 (responsabile del procedimento Giuseppina La Grotta – U.O.C. Gestione Sviluppo delle Risorse Umane – sede di Lagonegro );

**Rilevato** che, presso il *Dipartimento Salute Mentale*, non è stata individuata l'unità operativa, cui destinare il personale;

**Ritenuto**, di individuare quale unità operativa lo Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) di Potenza, stante le oggettive criticità in cui versa il Servizio;

**Ritenuto**, altresì, opportuno procedere alla parziale modifica del bando e, per l'effetto, la riapertura dei termini per la presentazione delle domande, per consentire la partecipazione all'istituto della mobilità del personale dipendente;

**Visto** il relativo avviso di riapertura dei termini con modifica nel testo che si allega al presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale;

**Precisato** che resta confermato tutto quanto stabilito nel bando allegato alla richiamata D.D.G. n. 711/2015 di indizione dell'avviso ivi compresi i requisiti di partecipazione, esclusa la modifica indicata nel presente provvedimento;

**Acquisito** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

### **DELIBERA**

Per quanto espresso in narrativa, che si intende qui integralmente riportato e trascritto:

- di disporsi la riapertura dei termini con modifica per la presentazione delle domande di partecipazione all'avviso di mobilità interna, destinato esclusivamente al profilo di Collaboratori Professionale Sanitario – Infermieri Cat. D;
- Di approvare il relativo avviso di riapertura dei termini nel testo che si allega al provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale;
- Di dare mandato alla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane dell'Azienda Sanitaria Locale sede di Lagonegro per la pubblicazione del bando, compreso gli allegati, sul sito internet aziendale e per gli adempimenti consequenziali alla pubblicazione dell'avviso *de quo*;

>

Giuseppina La Grotta

---

L'Istruttore

---

Il Responsabile Unico del Procedimento

Rosa Colasurdo

---

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

*Massimo De Fino*

*Giovanni Battista Bochicchio*

*Cristiana Mecca*

---

Il Direttore Sanitario  
Massimo De Fino

---

Il Direttore Generale  
Giovanni Battista Bochicchio

---

Il Direttore Amministrativo  
Cristiana Mecca

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.



**AVVISO DI MOBILITA' INTERNA FINALIZZATO ALLA COPERTURA DI POSTI VACANTI NEL PROFILO PROFESSIONALE DI COLLABORATORI PROFESSIONALI SANITARI – INFERMIERI (cat. D ), RISERVATO AL PERSONALE DEL COMPARTO IN SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA. - RIAPERTURA DEI TERMINI CON MODIFICAZIONE PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE**

In esecuzione della D.D.G. n. \_\_\_\_\_, questa Azienda Sanitaria ha disposto **la riapertura dei termini** per la presentazione delle domande di partecipazione dell'Avviso di mobilità interna ai sensi dell'art. 18 del CCNL integrativo 98/01 e del Regolamento aziendale adottato con Deliberazione n. 231 del 08/03/2010.

come di seguito distribuiti:

| <b>PRESIDIO STRUTTURE</b>  | <b>INFERMIERI</b> |
|--|-------------------|
| <b>DIPARTIMENTO SALUTE<br/>MENTALE<br/>SPAZIO PSICHIATRICO<br/>DIAGNOSI E CURA (SPDC)<br/>DI POTENZA</b> | <b>1</b>          |

Il presente avviso è riservato esclusivamente al personale del comparto in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza con la qualifica di Collaboratori Professionali Sanitari – Infermieri ( cat. D)

**Si precisa che le domande di partecipazione già pervenute restano valide a tutti gli effetti con la possibilità, in capo ai partecipanti, di integrare e/o ripresentare la domanda di partecipazione con l'indicazione di una nuova sede entro i termini di scadenza del presente avviso .**

Le domande di partecipazione, ovvero le integrazioni devono essere inoltrate a mezzo servizio postale tramite raccomandata con avviso di ricevimento o presentate direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza- Sede di Potenza (Via Torraca, 2 85100 Potenza) nei giorni dal lunedì al venerdì nelle ore antimeridiane : ore 8,30 - 13,00 , dal lunedì al giovedì nelle ore pomeridiane : 15,00- 17,00 entro il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sull'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza( albo online del sito internet aziendale ).

L'elenco dei candidati ammessi ovvero ammessi con riserva ovvero esclusi sarà pubblicato sul sito internet aziendale [www.aspbasilicata.net](http://www.aspbasilicata.net) il *quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza dei termini per la presentazione delle domande*.

Resta confermato quanto diversamente stabilito nel bando già indetto e richiamato nel presente avviso, ivi compresi i requisiti per la partecipazione.

Si indica quale Responsabile del Procedimento il Collaboratore Professionale

Amministrativo sig.ra Giuseppina LA GROTTA U.O.C. "Gestione e Sviluppo Risorse Umane" alla quale potranno essere rivolte richieste di chiarimenti il martedì e il giovedì, dalle ore 15,00 alle ore 17,00, telefonando al seguente numero di telefono: 0973/48507 .

Potenza, lì \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dr. Giovanni Battista BOCHICCHIO )

presente avviso è il seguente \_\_\_\_\_;

Allega:

1. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI (art.. 46 del D.P.R. 445/2000)- Allegato B
2. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000) – Allegato C
3. copia fotostatica fronte-retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
4. elenco dei documenti

Data \_\_\_\_\_

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (art. 46  
del D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_ alla Via  
\_\_\_\_\_, 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:

2. di aver conseguito il diploma di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
  
3. di aver conseguito il diploma di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante  
\_\_\_\_\_

## ALLEGATO C

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Consapevole delle responsabilità civili e penali derivanti da false o mendaci dichiarazioni, formazione di atti falsi e loro uso nei casi previsti dal T.U. sopra citato, sotto la sua personale responsabilità:

#### DICHIARA

Di essere in possesso dei seguenti titoli, conseguiti alla data di scadenza del presente bando/avviso e validi agli effetti della valutazione di merito:

#### A. di aver prestato e/o di prestare i seguenti servizi presso STRUTTURE PUBBLICHE E/O ENTI di cui all'art. 21, comma 1, DPR 220/2001:

1. Ente \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto (1) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/;

2. Ente \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/;

3. Ente \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/;

#### B. di aver prestato e/o di prestare i seguenti servizi presso STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE O ACCREDITATE di cui all'art. 21, comma 3, DPR 220/2001<sup>1</sup>:

1. Ente \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto(1) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/;

1. Ente \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/;

(1)Indicare se a tempo determinato o indeterminato, se tempo pieno o parziale (con relativa percentuale) e se il rapporto di lavoro è autonomo o subordinato)

#### C Di essere inoltre in possesso dei seguenti titoli, diversi da quelli sopra elencati:

1) \_\_\_\_\_ ;  
2) \_\_\_\_\_ ;

#### D) Dichiaro inoltre (tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nelle precedenti voci):

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

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso \_\_\_\_\_ -

(allegare obbligatoriamente una fotocopia di un documento di identità valido)