



AVVISO - PROCEDURA SELETTIVA PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO INDIVIDUALE, IN REGIME DI LAVORO AUTONOMO, PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI LEAD AUDITOR, PRESSO LA U.O.S.D. FORMAZIONE

I termini per la presentazione delle domande scadono alle ore 12.00 del quindicesimo giorno non festivo successivo alla data di pubblicazione del presente bando.

L'Azienda Sanitaria ASP di Potenza emette un avviso di procedura comparativa, mediante valutazione di titoli, per il conferimento di un incarico individuale in regime di lavoro autonomo, per lo svolgimento di attività di LEAD AUDITOR.

L'attività richiesta consiste nella assistenza finalizzata:

1. adeguamento del sistema qualità per le attività di "Progettazione ed erogazione di corsi di formazione residenziale ECM ed erogazione corsi professionali OSS" alla norma UNI EN ISO 9001: 2015 e mantenimento della certificazione già acquisita.
2. Conduzione degli Audit di Sistemi;
3. Attività Formative Annuali sul SGQ e sulla Norma;
4. Redazione del Riesame della Direzione e Avanzamento del Piano Obiettivi;
5. Approntamento di tutte le Registrazioni previste dal Sistema;
6. Assistenza alla Fase di Implementazione e preparazione alle Attività di Audit di III° Parte (Ente Terzo Accreditato);
7. Assistenza durante l'attività di Audit di III Parte dell'Ente Terzo Accreditato.

Le attività avranno inizio immediatamente dopo la definizione contrattuale e per una durata di almeno 7 gg di attività di consulenza.

Il compenso totale, escluso gli oneri di legge e l'IVA, per le attività in oggetto è previsto nella misura massima di € 1.500,00 (MILLECINQUECENTO/00).

La Azienda Sanitaria ASP di Potenza riconoscerà alla Consulenza la somma prevista all'emissione del Report di Audit di parte III° ed a seguito di ricevimento di fattura.

Luogo di svolgimento delle prestazioni: varie sedi Aziendali afferenti alla UOSD Formazione.

Il raggiungimento degli obiettivi connessi all'incarico da attribuire, verrà monitorato dal responsabile della U.O.S.D. Formazione.

Requisiti specifici di ammissione:

- Iscrizione a Registri di certificazione del personale come Responsabile gruppo di Audit;
- Esperienza quinquennale come LEAD AUDITOR;

Ai fini dell'ammissione alla presente procedura, si fa presente che ai sensi dell'art. 5 comma 9 del D.L. n. 95 del 06/07/2012, convertito in Legge n. 135 del 07/08/2012, è fatto divieto alle Pubbliche Amministrazioni di attribuire incarichi di studio e di consulenza a soggetti, già appartenenti ai ruoli delle stesse e collocati in quiescenza, che abbiano svolto, nel corso dell'ultimo anno di servizio funzioni e attività corrispondenti a quello oggetto dello stesso incarico di studio e di consulenza.

I requisiti specifici di ammissione dovranno essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente avviso per la presentazione delle domande di ammissione.

Le domande e la documentazione ad esse allegata devono pervenire all'Azienda Sanitaria ASP di Potenza – U.O.S.D. Formazione - via Torraca 2 – 85100 Potenza con le seguenti modalità:

- presentate direttamente all'Ufficio Protocollo ASP, Via Torraca 2 Potenza - dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 13 e dal lunedì al giovedì dalle ore 15 alle ore 17.
- inviate al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC): protocollo@pec.aspbasilicata.it in un unico file in formato PDF, unitamente a fotocopia di documento di identità valido. Si precisa che la validità di tale invio è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di posta elettronica certificata personale. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata di cui sopra.

Qualora l'istanza di ammissione alla presente procedura sia pervenuta tramite PEC, l'Amministrazione è autorizzata ad utilizzare per ogni comunicazione, il medesimo mezzo con piena efficacia e garanzia di conoscibilità degli atti trasmessi.

È esclusa ogni altra forma di presentazione o trasmissione.



La domanda dovrà pervenire, a pena di esclusione, entro le ore 12 del quindicesimo giorno non festivo successivo alla data di pubblicazione del presente bando.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

La domanda di ammissione, con la precisa indicazione dell'avviso al quale l'aspirante intende partecipare, redatta in carta semplice, datata e firmata in originale, dovrà essere rivolta al Dirigente della U.O.S.D. Formazione dell'Azienda sanitaria ASP di Potenza, ed in essa i candidati dovranno dichiarare:

- cognome e nome;
- cittadinanza posseduta;
- la data, il luogo di nascita e la residenza;
- le eventuali condanne penali riportate;
- i titoli di studio posseduti e gli altri requisiti specifici di ammissione richiesti;
- l'esperienza maturata nel settore con indicazione della tipologia e durata dell'attività con distinzione del lavoro autonomo e dipendente, specificando l'ente per il quale ha espletato l'attività;
- l'esistenza di un eventuale rapporto di dipendenza con una pubblica amministrazione;
- il domicilio presso il quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione. In caso di mancata indicazione vale ad ogni effetto la residenza;
- offerta economica per l'affidamento del presente incarico (compenso massimo previsto nella misura di € 1.500,00).

Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 non è richiesta l'autentica della firma in calce alla domanda.

I candidati dovranno allegare tutti i documenti che reputino opportuno presentare agli effetti della valutazione, ivi compreso un curriculum formativo e professionale datato, firmato e debitamente documentato.

I documenti allegati alla domanda di partecipazione al bando possono essere prodotti in originale, in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla vigente normativa.

Qualora il candidato presenti più fotocopie semplici, l'autocertificazione può essere unica, ma contenente la specifica dei documenti ai quali si riferisce.

In ogni caso, la dichiarazione resa dal candidato - in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della documentazione - deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che il candidato intende produrre; l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato.

In particolare, con riferimento al servizio prestato, la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata o contestuale alla domanda deve contenere l'esatta denominazione dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato, la qualifica, il tipo di rapporto di lavoro (tempo pieno / tempo definito / part-time), le date di inizio e di conclusione del servizio prestato nonché le eventuali interruzioni (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare, ecc.) e quant'altro necessario per valutare il servizio stesso. Anche nel caso di autocertificazione di periodi di attività svolta in qualità di borsista, di docente, di incarichi libero-professionali, ecc. occorre indicare con precisione tutti gli elementi indispensabili alla valutazione (tipologia dell'attività, periodo e sede di svolgimento della stessa).

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa; possono tuttavia essere presentate in fotocopia ed autocertificate dal candidato, ai sensi del citato D.P.R. n. 445/00, purchè il medesimo attesti, mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, che le copie dei lavori specificatamente richiamati nell'autocertificazione sono conformi agli originali. È inoltre possibile per il candidato autenticare nello stesso modo la copia di qualsiasi tipo di documentazione che possa costituire titolo e che ritenga di allegare alla domanda ai fini della valutazione di merito.

Si rammenta, infine, che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non veritiera, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

La commissione di valutazione è nominata con provvedimento del Direttore Generale dell'ASP, ed è formata da tre componenti, di cui uno con funzioni di presidente, con esperienza nelle materie per le quali è richiesta la collaborazione. I componenti sono scelti, nel rispetto del principio della pari opportunità, fra il personale delle Aree della Dirigenza e del Comparto in possesso di adeguata qualificazione ed esperienza professionale.

Le funzioni di segretario possono essere svolte anche da uno dei componenti la commissione e, comunque, da personale appartenente almeno alla cat. C.

La commissione procederà alla valutazione delle proposte pervenute, con l'attribuzione di un punteggio massimo di 100 punti, secondo i seguenti parametri:

curriculum	punteggio max 30 su 100
esperienza specifica nel settore oggetto del presente Bando	punteggio max 30 su 100
offerta economica	punteggio max 40 su 100

La Direzione aziendale si riserva la possibilità di revocare, in ogni momento, la procedura comparativa ovvero di non procedere alla stipula del contratto con il candidato risultato idoneo, per mutate esigenze di carattere organizzativo.

Tutti i dati di cui l'Amministrazione verrà in possesso a seguito della presente procedura verranno trattati nel rispetto del D.Lgs. 30/6/2003, n. 196. La presentazione della domanda di partecipazione all'avviso da parte dei candidati implica il consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, a cura dell'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle relative procedure.

Questa Azienda informa i partecipanti alle procedure di cui al presente bando che i dati personali ad Essi relativi saranno oggetto di trattamento da parte della competente direzione con modalità sia manuale che informatizzata, e che titolare è l'Azienda Sanitaria ASP di Potenza.

Per le informazioni necessarie gli interessati potranno rivolgersi ad Azienda Sanitaria ASP di Potenza – U.O.S.D. Formazione – via torraca 2 – Potenza (tel. 0971/310509) - e mail antonella.orlacchio@aspbasilicata.it.

Si informa inoltre che secondo quanto previsto dal D.lgs. 14/03/2013 n. 33 in materia di trasparenza, il curriculum del vincitori sarà pubblicato sul sito web dell'ASP di Potenza "Amministrazione trasparente", "Consulenti e collaboratori".

Il Responsabile dell'U.O.S.D. Formazione

A. Orlacchio



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

AL DIRIGENTE DELL'U.O.S.D Formazione

Via Torraca 2
85100 Potenza

Il sottoscritto _____ nato a

_____ il _____ residente in

_____ via

_____ codice fiscale _____ chiede di essere ammesso

alla procedura comparativa, per titoli, per il conferimento di un incarico in regime di lavoro autonomo, per lo svolgimento di attività di LEAD AUDITOR presso la U.O.S.D. Formazione.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1) di essere in possesso della cittadinanza _____

2) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____

(ovvero: di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente

motivo: _____) - (cancellare l'espressione che non interessa);

3) di non avere riportato condanne penali (ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali - da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale: _____) (cancellare l'espressione che non interessa);

4) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

diploma di laurea in _____ conseguita il _____

presso _____

ordinamento vecchio/nuovo _____;

di essere iscritto all'Albo _____

esperienza _____ (tipologia, durata,

indicando se lavoro autonomo o dipendente e in questo caso riportando i dati del Datore di lavoro)

iscrizione al registro _____

5) di avere prestato servizio con rapporto d'impiego presso pubbliche amministrazioni, come risulta dalla certificazione allegata alla domanda (indicare le cause di risoluzione dei rapporti d'impiego), ovvero di non avere mai prestato servizio con rapporto d'impiego presso pubbliche amministrazioni - (cancellare l'espressione che non interessa);

6) Di essere stato dipendente di altra Pubblica Amministrazione collocato in quiescenza in data _____ e di NON AVER SVOLTO NEL CORSO DELL'ULTIMO ANNO DI SERVIZIO FUNZIONI ED ATTIVITA' CORRISPONDENTI A QUELLE OGGETTO DELL'INCARICO; (come previsto dalla D.L. n. 95 del 06/07/2012, convertito in Legge n. 135 del 07/08/2012);

7) di effettuare la seguente offerta per l'affidamento dell'incarico € _____ escluso gli oneri di legge e l'IVA

8) che non sussistono condizioni di conflitto di interesse

Il sottoscritto chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura con la seguente modalità (barrare una sola modalità)

mediante posta elettronica certificata al seguente indirizzo:

_____;

mediante raccomandata A/R al seguente indirizzo :

Via _____ cap _____

Comune _____ provincia (_____)

Al fine della valutazione di merito, il sottoscritto presenta i documenti indicati nell'allegato elenco redatto in carta semplice ed un curriculum formativo e professionale.

Data _____ Firma _____