



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Prot. n. 123075 del 15 DIC. 2022

AVVISO INTERNO PER L'ATTRIBUZIONE DELL'INCARICO DI RESPONSABILE DELLA U.O.S.D "SPAZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA DI POTENZA"

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 822 del 15/12/2022, ai sensi del CCNL dell'Area relativa alla Dirigenza dell'Area Sanità, è indetto avviso interno per il conferimento del seguente incarico: Incarico di Struttura Semplice Dipartimentale "U.O.S.D. Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Potenza" (B1 – punti 26), afferente al Dipartimento di Salute Mentale.

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 e con valutazione positiva del Collegio Tecnico, in servizio presso le varie strutture che compongono il Dipartimento di Salute Mentale ovvero, in mancanza, anche presso altri Dipartimenti aziendali.

La domanda di partecipazione al presente Avviso dovrà essere presentata utilizzando lo schema esemplificativo allegato al presente avviso (Allegato A). 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 riferimento all'incarico da conferirsi. Le domande di partecipazione al presente avviso, a pena di esclusione, devono essere inoltrate entro il 15° giorno dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito istituzionale dell'Azienda in una delle seguenti modalità:

- presentate direttamente all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda, nei consueti orari di apertura (Via Torraca, 2 – 85100 POTENZA);
- spedite, con raccomandata a/r all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, sita in Potenza, alla Via Torraca, 2.

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;

- inviate all'indirizzo PEC aziendale: protocollo@pec.aspbasilicata.it; per tale modalità di inoltro della domanda, 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 domanda e tutta la documentazione, compreso il documento di identità personale, devono essere allegati esclusivamente in formato PDF.

La valutazione delle domande pervenute sarà effettuata dal Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, che formulerà la proposta sentiti i Direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento, e l'incarico sarà affidato con apposita Deliberazione del Direttore Generale. Il trattamento dei dati personali forniti dai candidati sarà effettuato nel rispetto dei principi di cui al D. Lgs. n. 196/2003. Il presente avviso è pubblicato sulla Sezione Avvisi e Concorsi dell'ASP, unitamente agli allegati sul sito internet: www.aspbasilicata.it.

Il Direttore Generale f.f.

Luigi D'Angola



Schema di domanda

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria di Potenza
Via Torraca n. 2
85100 – Potenza

Oggetto: Domanda di partecipazione all'Avviso interno per il conferimento di incarico dirigenziale.

__l__ sottoscritt__ nat__ a
____ (__) il _____, residente in
____ (__) via _____
CAP _____, tel. n. _____ mail _____

C H I E D E

di partecipare alla selezione interna per il conferimento dell'incarico di Responsabile della U.O.S.D. "Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Potenza", graduata B1 – punti 26, afferente al Dipartimento Salute Mentale. A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni anche penali in cui incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

- di essere dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso codesta Azienda dal _____ con la qualifica di _____ e specializzazione in _____;
- di prestare servizio presso la seguente struttura dell'ASP di Potenza:
_____, afferente al Dipartimento _____;
- di essere titolare del seguente incarico:
_____, nell'ambito del _____ (indicare la struttura di afferenza dell'incarico) – Dipartimento _____;
- di aver ottenuto la seguente valutazione da parte del Collegio Tecnico:
_____;
- che quanto riportato nel curriculum corrisponde al vero;
- di voler ricevere ogni comunicazione relativa alla selezione al seguente indirizzo:
_____,
mail _____, tel _____.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Dichiaro altresì di aver preso visione del testo integrale dell'Avviso nonché della Deliberazione di indizione dello stesso e di accettare tutte le condizioni e indicazioni ivi contenute.

Esprimo assenso al trattamento dei dati personali finalizzati alla gestione della procedura selettiva e agli adempimenti conseguenti.

Allega alla presente domanda:

_____, lì _____

Firma

(da non autenticare ai sensi dell'art. 3 comma 5 della L. n. 127/1997)

N.B. Allegare copia di un documento di identità in corso di validità, curriculum e ogni altro atto si ritenga utile per la valutazione da svolgersi in relazione all'incarico da conferirsi