



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PROT. N. 64124 DEL 04-07-2023

**AVVISO DI SELEZIONE INTERNA, CON VALUTAZIONE COMPARATIVA DEI CURRICULA,  
PER IL CONFERIMENTO DELLE FUNZIONI SOSTITUTIVE DI  
DIRETTORE DELLA U.O.C. PNEUMOLOGIA TERRITORIALE  
(ART. 22 CCNL 2016/2018 – AREA DIRIGENZA SANITA')**

In attuazione della Deliberazione del Direttore Generale n. 432 del 29-06-2023 è indetto Avviso di selezione interna, con valutazione comparata dei curricula, per il conferimento delle funzioni sostitutive di Direttore della U.O.C. Pneumologia Territoriale.

L'incarico di sostituzione ha una durata di nove mesi, eventualmente prorogabili fino ad altri nove. Al Dirigente che sarà incaricato compete l'indennità prevista dall'art. 22, comma 7 del CCNL dell'Area Dirigenza Sanitaria, Triennio 2016/2018.

Possono partecipare al presente avviso i Dirigenti Medici dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (A.S.P.) con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e titolari di incarichi di direzione di struttura semplice o di incarichi professionali (ad eccezione degli incarichi di cui al comma 1, par. II, lett. d) di cui all'art. 18 del sopra richiamato CCNL) nell'ambito della struttura sopra indicata.

Gli interessati dovranno **far pervenire** l'istanza di partecipazione alla selezione, all'uopo utilizzando lo schema di domanda allegato al presente Avviso, indirizzata al Direttore Generale, precisando l'incarico per il quale si concorre, corredata da dettagliato curriculum formativo e professionale, **entro e non oltre il:**

20 LUGLIO 2023.

La consegna può essere effettuata a mano presso l'ufficio protocollo della Struttura Centrale ASP in via Torraca a Potenza, tramite raccomandata a.r. ovvero a mezzo PEC, al seguente indirizzo:

protocollo@pec.aspbasilicata.it

Per la consegna a mano o tramite raccomandata a.r., **farà fede il timbro di arrivo** del protocollo generale aziendale; per la trasmissione a mezzo PEC, le domande dovranno pervenire entro le ore 14,00 del giorno di scadenza.

La domanda, da redigersi su carta semplice e secondo lo schema allegato al presente Avviso, e il curriculum alla stessa allegata devono essere datati e sottoscritti, pena l'esclusione dalla procedura, allegando copia di un documento di identità in corso di validità.

In particolare nel curriculum allegato il candidato avrà cura di dichiarare ogni stato, fatto e qualità personale che ritenga utile ai fini della valutazione da svolgersi in relazione allo specifico incarico di sostituzione da conferirsi, con particolare riferimento a:

- pregresse attività lavorative, con indicazione di eventuali, specifici incarichi dirigenziali; -
- attività di docenza, formative e pubblicazioni;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

---

- ogni altra attività che ritenga possa essere oggetto di valutazione per le finalità proprie della procedura. La valutazione comparata dei curricula prodotti sarà effettuata dal Direttore Generale o suo/i delegato/i; l'incarico sarà conferito con apposito atto deliberativo.

Il presente avviso è pubblicato e consultabile sul sito web aziendale [www.aspbasilicata.it](http://www.aspbasilicata.it).

Potenza, addì 04-07-2023

Il Direttore Generale f.f.

Dott. Luigi D'Angola

**FAC-SIMILE DELLA DOMANDA di PARTECIPAZIONE**  
Al Direttore Generale  
Azienda Sanitaria di Potenza (ASP) - Ufficio Protocollo  
Via Torraca n. 2 - 85100 P O T E N Z A

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso di Selezione Interna, con valutazione comparativa dei curricula, per il conferimento delle funzioni sostitutive di Direttore della **U.O.C. Pneumologia Territoriale**. A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28/11/2000 n. 445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. di essere dipendente dell'Azienda Sanitaria di Potenza con rapporto di lavoro a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_ e specializzazione in \_\_\_\_\_;
2. di essere titolare del seguente incarico: \_\_\_\_\_ nell'ambito del \_\_\_\_\_ (*indicare la struttura di afferenza dell'incarico*), afferente al Dipartimento \_\_\_\_\_;
3. che le dichiarazioni rese nell'allegato curriculum, anche in relazione ad eventuale documentazione allegata, corrispondono al vero;
4. che l'indirizzo al quale deve essere fatta pervenire qualsiasi comunicazione relativa al presente avviso è il seguente: \_\_\_\_\_;

Acconsente al trattamento dei dati per le finalità proprie della procedura, nel rispetto della normativa vigente in materia. **Allega curriculum e documento di identità in corso di validità**

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso in originale del dichiarante)

