



AVVISO INTERNO

Giusta DDG n. 2022/00123 del 15.02.2022, sono riaperti i termini per la selezione interna di **n. 1 Esperto nell'Area Sociale a supporto del Direttore medesimo per il corso OSS da svolgersi a Lagonegro** di cui alla DGR 29 dicembre 2020 n. 993.

Per la selezione di che trattasi, può presentare domanda il personale dipendente dell'Azienda Sanitaria di Potenza (ASP) in possesso dei requisiti previsti nell'Allegato 1.

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 e la data dell'ufficio postale accettante;
- inviate mediante posta elettronica certificata all'indirizzo PEC protocollo@pec.aspbasilicata.it, da indirizzo PEC personale, avendo cura di verificare sul proprio account PEC l'avvenuta ricezione da parte dell'ASP Potenza. La trasmissione in un unico file PDF deve avvenire entro le ore 24.00 del giorno di scadenza. Non sarà ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria.

Gli aspiranti devono dichiarare nella domanda, sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 445/2000:

1. i dati anagrafici (cognome, nome, data e luogo di nascita);
2. il codice fiscale;
3. la residenza e/o il domicilio;
4. il numero di telefono e/o di cellulare;
5. la sede di lavoro;
6. la qualifica attualmente posseduta ed eventuali altri incarichi;
7. l'anzianità di servizio;
8. titolo di studio posseduto e requisiti specifici di ammissione.

Alla domanda va allegato **pena la non ammissibilità alla selezione**:

1. copia di un documento di identità valido;
2. curriculum formativo professionale datato e firmato reso in forma di autocertificazione ("ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 nel caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti in virtù di un provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere");
3. elenco, numerato progressivamente, dei titoli che si intende far valere tra quelli riportati nella Tabella 1.

Per l'assegnazione dell'**incarico di Esperto nell'Area Sociale**, fra tutti coloro in possesso dei requisiti di cui all'Allegato 1, si procederà in base al punteggio ottenuto dalla valutazione dei titoli come individuati nella Tabella 1. In caso di parità di punteggio sarà data precedenza agli aspiranti secondo il seguente ordine di priorità:

1. ai dipendenti aventi rapporto di lavoro di ruolo e a tempo pieno;
2. con la posizione funzionale più elevata;
3. 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.

L'incarico di Esperto nell'Area Sociale sarà retribuito con l'importo di Euro 975 lordi.

Non sono riconosciuti rimborsi per spese di viaggio.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Il compenso del supporto sociale è calcolato rispetto ad un impegno orario stimato complessivamente in 80 ore di cui almeno 3 ore mensili, cumulabili fra più mensilità, dovranno essere effettuate con timbratura del cartellino con codice 4 Enter – attività aggiuntiva. Il compenso sarà erogato a fine corso.

Per i compiti e le funzioni dell'Esperto si rimanda alla DGR Basilicata n. 654/2002.

La posizione funzionale e l'anzianità di servizio sarà valutata quale posseduta al primo giorno di pubblicazione del presente Avviso.

Si provvederà a comunicare l'esito della selezione attraverso il sito web aziendale

www.aspbasilicata.it – concorsi e avvisi.

Il Direttore
Dr. Giampaolo

STOPAZZOLO GIAMPAOLO
2022.02.25 12:39:37
C=IT
2.5.4.4=STOPAZZOLO
2.5.4.42=GIAMPAOLO
RSA/2048 bits

Data di pubblicazione _____ 28.02.202

Termine per la presentazione della domande _____ 15.03.2022



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

ALLEGATO 1

AVVISO RIAPERTURA TERMINI DI SELEZIONE INTERNA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI ESPERTO NELL' AREA SOCIALE NELL'AMBITO DEL CORSO PER OPERATORE SOCIO-SANITARIO (O.S.S.) DA SVOLGERSI NELLA SEDE FORMATIVA DI LAGONEGRO

INCARICO DI	Requisiti per l'incarico
Esperto per l' Area Sociale a supporto del Direttore del Corso	Assistente Sociale

I titoli menzionati nel curriculum e nell'elenco, allegati alla domanda di partecipazione, devono essere corredati da tutte le informazioni utili alla valutazione degli stessi.

Non produrrà punteggio la partecipazione a convegni, congressi, simposi e tavole rotonde.



TABELLA 1

Valutazione titoli per attribuzione incarico di Esperto per l'Area Sociale

La Commissione assegna il punteggio per i titoli secondo i seguenti criteri:

A)	FORMAZIONE	PUNTEGGIO
-	Laurea triennale	15
-	Laurea specialistica	6
-	Specializzazione post laurea	10
-	Altra laurea triennale/ specialistica in materie non attinenti a quelle previste dal bando	1
Valutazione max 1 titolo		
-	Master universitari di I e II livello della durata minima di sei mesi con giudizio e/o prova finale	7
Valutazione max 3 titoli		
-	Corso di perfezionamento post laurea con giudizio finale	5
Valutazione max 2 titoli		
B)	AGGIORNAMENTO	
-	Frequenza corsi di formazione o aggiornamento conclusi con verifica finale	
Che abbiano dato luogo a valutazione di merito:		
	per ogni corso di durata superiore a 2 giorni	3
	per ogni corso di durata pari a 2 giorni	2
	per ogni corso di un solo giorno di durata non inferiore alle quattro ore	1
Non saranno valutate attività formative di durata inferiore alle 4 ore giornaliere		
Saranno valutate le attività di aggiornamento relative all'ultimo triennio per un punteggio max pari a 30		
A)	Precedente incarico di Esperto nei Corsi OSS	3
	Max 6 punti	



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 _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione interna per la nomina di n. 1 Esperto nell'Area Sociale presso la sede OSS di Lagonegro.

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:
 - 1) _____



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

conseguito il _____ presso _____

2) _____

conseguito il _____ presso _____

3) _____

conseguito il _____ presso _____

Si allega:

- curriculum formativo professionale;
- elenco, numerato progressivamente, dei titoli che si intende far valere tra quelli riportati nella Tabella n. 1,
- copia del seguente documento di identità _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____

Tel _____ Cell _____ mail: _____

Data, _____

FIRMA

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lvo 196/03 e s.m.i.

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
