



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Prot. n. 117563 del 12.12.2025

AVVISO INTERNO PER L'ATTRIBUZIONE DELL'INCARICO DI RESPONSABILE DELLA U.O.S.D. CONSULTORIO POTENZA

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 1063 del 11.12.25, ai sensi dell'art. 23 del CCNL dell'Area relativa alla Dirigenza dell'Area Sanità, è indetto avviso interno per il conferimento del seguente incarico:

Responsabile della U.O.S.D. CONSULTORIO POTENZA.

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.

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 10° 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.

L'incarico sarà attribuito con apposita Deliberazione, applicando i criteri indicati dall'art. 23, comma 11, del vigente CCNL e tenendo conto, in particolare, di pregresse esperienze maturate in attività svolte nell'ambito di Consultori.

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.

Potenza, li 12.12.25

Il Commissario Straordinario
Dott. Massimo De Fino



Schema di domanda

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

Oggetto: Incarico di Responsabile della U.O.S.D. "Consultorio Potenza". Domanda di partecipazione all'Avviso interno

__l__ sottoscritt__ _____,
Dirigente di codesta Azienda, nat__ a _____ (__) il
_____.

CHIEDE

di partecipare alla selezione interna per il conferimento dell'incarico di Responsabile della U.O.S.D. Consultorio Potenza afferente al Dipartimento del Territorio.

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 in rapporto di dipendenza tempo indeterminato presso codesta Azienda dal _____;
- di essere in possesso della seguente specializzazione: _____;
- di essere titolare del seguente incarico dirigenziale:
_____;
- di aver ottenuto la seguente valutazione da parte del Collegio Tecnico:
_____;
- che quanto riportato nel curriculum corrisponde al vero (*n.b.: nel curriculum, in particolare, dovranno essere riportate pregresse esperienze professionali maturate nell'ambito consultoriale*);
- di voler ricevere ogni eventuale comunicazione relativa alla selezione al seguente indirizzo:
_____.

Dichiara 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, esprimendo altresì assenso al trattamento dei dati personali finalizzati alla gestione della procedura selettiva

Allega alla presente domanda: _____.

Data _____

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.