

Prot. n. 126590

28 DIC. 2022

**AVVISO DI SELEZIONE INTERNA, CON VALUTAZIONE COMPARATIVA DEI CURRICULA,
PER IL CONFERIMENTO DELLE FUNZIONI SOSTITUTIVE DI DIREZIONE DELLA U.O.C. COMPLESSA DI
"FARMACEUTICA TERRITORIALE ASP"**

(ART. 22, COMMA 4, CCNL 2016/2018 – AREA DIRIGENZA SANITA')

In attuazione della Deliberazione del Direttore Generale n. 849 del 27/12/2022, è indetto Avviso di selezione interna, con valutazione comparata dei curricula, per il conferimento delle funzioni sostitutive di Direttore della Unità Operativa Complessa di seguito riportata:

STRUTTURA COMPLESSA	DIPARTIMENTO DI AFFERENZA
"Farmaceutica Territoriale ASP"	Dipartimento dei Servizi

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:

- a) 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 U.O.C. "Farmaceutica Territoriale ASP", in possesso di idonea specializzazione e/o attività nella specifica disciplina;

Gli interessati dovranno far pervenire l'istanza di partecipazione alla selezione, indirizzata al Direttore Generale ff, corredata da dettagliato curriculum formativo e professionale, entro e non oltre 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.

Il Direttore Generale ff o un suo delegato provvederà alla valutazione comparata dei curricula prodotti e, con sintetica motivazione, ad indicare il soggetto cui conferire l'incarico. Il conferimento dell'incarico sarà effettuato con apposito atto deliberativo. 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


FAC-SIMILE DELLA DOMANDA di PARTECIPAZIONE
Al Direttore Generale ff
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. "Farmaceutica Territoriale ASP", ai sensi dell'art. 22, comma 4, del CCNL 2016/2018 dell'Area della Dirigenza Sanitaria.

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 appartenenza dell'incarico);
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)