



Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

Area Gestione Risorse Umane
Lungomare Starita n°6 – 70123 B A R I

Prot. n. 116006 UOR 1

Bari , 30 GIU. 2014

AVVISO INTERNO

Questa Direzione, in esecuzione del provvedimento n.687 del 17.04.2014 e successiva modifica n.707 del 22.04.2014 e del Regolamento Aziendale relativo all'affidamento degli Incarichi, propone il seguente Avviso Interno **riservato ai Dirigenti Amministrativi** che abbiano compiuto almeno cinque anni di attività nella Dirigenza Amministrativa, per la copertura dei seguenti posti :

- n°1 DIRIGENTE AMM.VO per la UOS del P.O. MOLFETTA-TERLIZZI-CORATO.
- n°1 DIRIGENTE AMM.VO per la UOS del P.O. di ALTAMURA
- n°1 DIRIGENTE AMM.VO per la UOS del DISTRETTO SOCIO SANITARIO n°9 (MODUGNO)
- n°1 DIRIGENTE AMM.VO per la UOS del DISTRETTO SOCIO SANITARIO n°12 (CONVERSANO)
- n°1 DIRIGENTE AMM.VO per la UOS GESTIONE AMMINISTRATIVA RAPPORTI CONVENZ. CON IL PRIVATO ACCREDITATO.

I programmi da realizzare attengono alle azioni di gestione improntate all'efficienza, efficacia e trasparenza degli Uffici/Strutture interessati, sulla scorta degli Obiettivi assegnati dai Direttori di U.O.C. e/o dalla Direzione Amministrativa Aziendale.

▪ REQUISITI per la partecipazione all'Avviso.

Possono partecipare all'Avviso tutti i Dirigenti dell'Azienda appartenenti al Ruolo Amministrativo. A pena di esclusione dall'Avviso, il Dirigente interessato deve aver compiuto almeno cinque anni di attività nella Dirigenza Amministrativa. Riguardo all'esperienza professionale questa non potrà essere inferiore a cinque anni maturati con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, prestati senza soluzione di continuità (art. 10 comma 3 CCNL SPTA del 17-10-2008).

▪ **CRITERI di conferimento dell'Incarico.**

In linea generale, l'Incarico in questione verrà conferito secondo le Prescrizioni legislative e contrattuali in materia, attualmente vigenti.

Si terrà conto dell'anzianità di servizio, dell'esperienza professionale e gestionale acquisita dal Candidato ed in particolare degli Incarichi ricevuti.

Si considereranno anche tra i Titoli posseduti dal Candidato, le Lauree, le Specializzazioni, i Master Universitari in materia di Organizzazione e Gestione delle Aziende Sanitarie e le Abilitazioni all'esercizio della professione; le Docenze presso Istituzioni pubbliche o private; i Rapporti di collaborazione con Aziende ed Agenzie regionali; i Corsi di aggiornamento e/o perfezionamento in materie attinenti all'Incarico da svolgere ed i restanti titoli.

Tenendo conto anche dei curricula dei candidati, il Direttore Generale individuerà il Dirigente che più ritiene adatto sotto il profilo professionale-tecnico-gestionale, ad assumere l'incarico, su proposta del Direttore Amministrativo d'intesa con il Dirigente di UOC ove individuato.

▪ **DOMANDE di partecipazione all'Avviso.**

Coloro che intendono partecipare all'Avviso dovranno redigere e sottoscrivere la corrispondente **Domanda necessariamente secondo lo schema riportato in allegato sub B** (parte integrante del presente Avviso); consegnandola al Protocollo Generale dell'Azienda **entro le ore 13,00 del 15 LUG. 2014** ovvero spedendola per tempo in modo da farla pervenire entro la data di scadenza sopra evidenziata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno per Poste Italiane all'indirizzo "Lungomare Starita n. 6 – Direzione Generale - 70124 BARI".

Alla Domanda il Candidato deve allegare il proprio Curriculum e nessun'altra certificazione o documentazione eccetto la fotocopia di un documento valido di riconoscimento.

Detto Curriculum è da redigere e sottoscrivere tassativamente secondo l'allegato schema sub C (pure parte integrante del presente Avviso), sotto forma di dichiarazione di responsabilità ai sensi e per gli effetti delle vigenti disposizioni in materia.

▪ **RISERVE.**

- L'Azienda, ai sensi e per gli effetti delle vigenti disposizioni in materia, può procedere alla verifica dei Titoli e di quant'altro dichiarato dal Candidato nel proprio Curriculum: ove mai dovessero risultare dichiarazioni mendaci, l'Incarico conferito verrà subitaneamente revocato; fatta salva la denuncia di Legge e quant'altro di conseguenza.
- Rimane impregiudicata per l'Azienda la facoltà di revocare il presente Avviso interno o modificarne il contenuto, annullarlo o sospenderlo o rinviarlo anche per ragioni attualmente non valutabili né prevedibili oppure in applicazione di Leggi o Disposizioni Regionali.

▪ **PUBBLICIZZAZIONE.**

- Il presente Avviso, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni vigenti, è pubblicato sul Sito web aziendale ufficiale (la diffusione per Posta interna è adempimento puramente accessorio).

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Massimo MANCINI)

IL DIRETTORE
AREA GESTIONE RISORSE UMANE
(Dott. Francesco LIPPOLIS)

IL DIRETTORE GENERALE
(Angelo Domenico COLASANTO)

SCHEMA (obbligatorio di) **DOMANDA**

**AI DIRETTORE GENERALE
della Azienda Sanitaria Locale
della Provincia di BARI**

Il sottoscritto (cognome e nome)

dipendente Dirigente dell'Azienda del Ruolo "**Amministrativo**"

chiede

di partecipare all'Avviso interno per l'attribuzione dell'incarico di
Unità Operativa Semplice :

Allego alla presente :

- Curriculum Professionale
- Copia documento di Identità.

Data, _____

f i r m a

SCHEMA CURRICULUM (obbligatorio. Cancellare con un tratto di penna le parti che non interessano)

Il sottoscritto (cognome e nome)

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e particolarmente dagli artt. 46 e 47 in materia di dichiarazioni prodotte in sostituzione di normali certificazioni; allegando alla presente la fotocopia di un proprio documento valido di riconoscimento,

DICHIARA QUI DI SEGUITO IL PROPRIO "CURRICULUM"

➤ **che relativamente al compimento del quinquennio nel Ruolo della Dirigenza Amministrativa,**

è Dirigente dal _____ al _____;

➤ **che relativamente all'esperienza professionale dirigenziale ha maturato il quinquennio come segue:**

- a tempo Indeterminato dal _____ al _____;
- a tempo Determinato dal _____ al _____ e che la stessa è stata prestata senza soluzione di continuità;

➤ **che relativamente agli Incarichi ,**

presso l'Azienda Sanitaria/l'Istituzione ricompresa nel vigente C.c.n.l. _____

gli è stato conferito l'Incarico di _____

mediante Deliberazione n. _____ del _____

per il periodo dal _____ al _____;

per il periodo dal _____ al _____;

per il periodo dal _____ al _____;

➤ **che relativamente ai Titoli di Studio e Professionali,**

1. gli è stata conferita la **Laurea** in

presso l'Università degli Studi di _____

in data _____;

2. gli è stata conferita la **Laurea** in

presso l'Università degli Studi di _____

in data _____;

3. ha conseguito la **Specializzazione** in

presso _____

in data _____;

4. ha frequentato/conseguito il **Master** in

presso _____

in data/dal - al _____;

5. ha conseguito l'**Abilitazione all'esercizio della professione** di

presso _____

in data _____;

➤ **che relativamente alle Docenze,**

1) ha insegnato _____

presso l'Istituzione Pubblica/privata _____

dal _____ al _____;

2) ha insegnato _____

presso l'Istituzione pubblica/privata _____

dal _____ al _____;

➤ **che relativamente ai Rapporti di collaborazione,**

1) ha collaborato con l'Azienda _____
in materia di _____
dal _____ al _____;

➤ **che relativamente ai Corsi di Aggiornamento o di Perfezionamento in materie attinenti all'Incarico da conferire,**

1) ha frequentato il Corso di aggiornamento/perfezionamento in _____
presso _____
dal _____ al _____;

2) ha frequentato il Corso di aggiornamento/perfezionamento in _____
presso _____
dal _____ al _____;

3) ha frequentato il Corso di aggiornamento/perfezionamento in _____
presso _____
dal _____ al _____;

➤ **e dichiara infine i seguenti ulteriori Titoli**

Data, _____

.....

f i r m a