



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI  
Lungomare Starita, 6 – 70123 Bari - C.F. - P. I.V.A. 06534340721



REGIONE PUGLIA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 9 “MODUGNO – BITETTO – BITRITTO”  
SEDE: VIA PARADISO 18 - 70026 MODUGNO (BA), TEL. 080/5843127 - FAX 080/5843126

## AVVISO INTERNO PER INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE ASSISTENZA SPECIALISTICA DSS 9

Prot. 90230/20

Modugno, li

09 MAG. 2016

**Ai Sigg. Dirigenti Medici**

**in servizio c/o il D.S.S. 9**

**e,p.c.**

**Al Direttore AGRU**

**Al Dirigente URP Aziendale**

**LORO SEDI**

In esecuzione della Deliberazione n. 457 del 9.3.2016 la ASL BA ed in adempimento a quanto richiesto dalla Direzione Strategica aziendale con nota prot. n.852231 del 2.05.2016, si intende procedere all'attribuzione dell'incarico dirigenziale di Struttura Semplice Assistenza Specialistica per il Distretto Socio Sanitario n. 9 : Modugno, Bitetto e Bitritto.

Considerato che con la suddetta la nota prot. n. 85223/UOR1 del 2/5/2016, ad oggetto: "Delibera n. 457 del 9-3-2016 Procedure di affidamento incarichi di Unità Operativa Semplice di Assistenza Specialistica", al Direttore del Distretto S.S. n. 9 di Modugno viene richiesto di formulare proposta di incarico,

si porta a conoscenza di tutti gli aventi titolo, che è **indetto avviso interno al DSS n. 9 di Modugno**, ai sensi delle norme in vigore (L. 8.11.2012 n. 189 e CC.CC.NN.LL. della Dirigenza Medica e Veterinaria) e del vigente Regolamento aziendale per l'affidamento degli incarichi della dirigenza medica e veterinaria di cui alla deliberazione n.1062 del 1.06.2010, per l'attribuzione del seguente incarico:

### **n. 1 Struttura Semplice Assistenza Specialistica.**

Vista la natura dell'incarico da conferire per la durata di anni da 3 a 5, così come caratterizzato dal R.R. 18 aprile 2011 n.6 “Regolamento di organizzazione del Distretto Socio Sanitario (D.S.S.)” di cui la ASL BA ha preso atto con Deliberazione del Direttore Generale n. 1120 del 13 giugno 2011, la disciplina di riferimento è: **Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base – Area di Sanità Pubblica.**

All'incarico possono accedere, pena di esclusione, solo i **dirigenti medici** valutati positivamente **in servizio presso il Distretto n 9** di Modugno, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato nella disciplina sopraindicata e/o equipollente, trascorsi 5 anni nella tipologia di incarico di cui alla lettera e) art. 2, comma 1 del citato Regolamento Aziendale.

La tipologia dell'incarico si configura quale “Incarico di Responsabilità di Struttura Semplice”.

Il dirigente medico cui sarà conferito l'incarico dovrà realizzare i programmi e gli obiettivi che saranno definiti nel contratto individuale.

Pertanto, coloro che hanno interesse ad accedere a tale incarico, sono invitati a presentare domanda di partecipazione, debitamente sottoscritta, pena l'esclusione, redatta in carta semplice secondo lo schema di cui all'allegato A, in cui devono presentare e/o dichiarare, nei modi di legge ogni titolo atto a dimostrare

il possesso dei requisiti come sopra descritti, entro e non oltre il 19/05/2016, corredata di curriculum vitae formativo e professionale, datato e firmato, in forma di autocertificazione resa ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 445/2000.

L'incarico sarà conferito dal Direttore Generale su proposta scritta e motivata dello scrivente Direttore sulla base "prioritariamente dell'anzianità nel servizio espletato in relazione all'incarico da conferire e della connessa esperienza maturata nella Struttura presso cui l'incarico deve essere conferito", tenuto conto anche del curriculum professionale.

Nel curriculum, preferibilmente in formato europeo, redatto in carta semplice, devono risultare, secondo quanto previsto dall'art. 7 del precitato Regolamento Aziendale ex deliberazione n. 1062/2010 "*le attitudini personali e le capacità professionali del Dirigente sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella Disciplina di competenza che all'esperienza già acquisita in precedenti Incarichi svolti anche in altre Aziende, ovvero in relazione ad esperienze documentate di studio e professionali presso Istituti di rilievo nazionale o internazionale; e dell'attinenza dell'attività di aggiornamento e formazione seguita e sviluppata rispetto all'Incarico da conferire*".

Il presente avviso interno sarà diffuso nelle sedi distrettuali e pubblicato previa affissione nelle stesse sedi

Le domande dovranno essere presentate, pena l'esclusione, entro i termini di scadenza del bando (gg.10 dalla pubblicazione previa affissione nelle sede direzionale del DSS 9), ed indirizzate al Direttore del Distretto 9, inviate tramite il servizio postale a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, recapitate a mano al protocollo del Distretto o inviate tramite PEC all'indirizzo PEC del Distretto: [distretto9.aslbari@pec.rupar.puglia.it](mailto:distretto9.aslbari@pec.rupar.puglia.it)

La data di spedizione sarà comprovata dal timbro o data dell'Ufficio Postale accettante. Nel caso di recapito a mano presso il Protocollo del Distretto fa fede il timbro di arrivo certificato dal funzionario addetto all'accettazione.

**IL DIRETTORE DEL DSS N.9**

**Dott.ssa Angelamaria Ditolve**



Scadenza : 19/05/2016

**ALLEGATO A- Fac simile domanda**

Al Direttore del DSS 9

SEDE

.../... sottoscritt....., dirigente medico, chiede di partecipare all'avviso interno per l'attribuzione dell'incarico di Struttura Semplice Assistenza Specialistica del Distretto S.S. 9

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. D.P.R 445/00

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti nell'ipotesi di dichiarazione mendace:

- 1) di aver preso visione dell'avviso interno e di accettarne i contenuti;
- 2) di essere nat..... a ..... il ..... e residente a ..... ;
- 3) di essere dipendente dell'ASL BA a tempo pieno ed indeterminato quale Dirigente Medico .....dal .....
- 4) di essere attualmente in servizio presso il DSS 9 e di essere inquadrato nella disciplina Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base – Area di Sanità Pubblica;

**CHIEDE**

di partecipare all'avviso interno per l'attribuzione dell'incarico di Responsabile della Struttura Semplice Assistenza Specialistica.

Comunica di eleggere domicilio agli effetti dell'avviso interno a ..... Prov. ....

CAP ..... in Via ..... n. ....tel....., riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso.

Allega alla presente:

- A) Fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità
- B) Curriculum vitae formativo e professionale.

Data,.....

Firma .....

**ALLEGATO B- Fac simile curriculum vitae**

## CURRICULUM VITAE

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi di quanto previsto dal D.P.R. n. 445 /2000, dichiara quanto segue:

### CARRIERA (Anzianità di servizio)

- di prestare servizio a tempo indeterminato quale Dirigente \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ a tutt'oggi \_\_\_\_\_;
- di aver precedentemente prestato i seguenti servizi:
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

### ESPERIENZA PROFESSIONALE ACQUISITA IN VIRTU' DI INCARICHI FORMALI

Riportare le notizie concernenti l'esperienza maturata e le competenze acquisite nello specifico settore (ad es. attività espletata, incarichi dirigenziali di responsabilità, esperienze documentate di studio e professionali) .

#### **Titoli di studio e professionali,**

riportare i titoli di studio posseduti (specializzazioni, master, ecc.)

#### **Aggiornamento e formazione in materie attinenti all'Incarico da conferire,**

Riportare le attività di aggiornamento e formazione seguita e sviluppata rispetto all'incarico da conferire.

Dichiara infine i seguenti Titoli/Pubblicazioni:

---

---

---

---

---

---

Quanto dichiarato corrisponde a verità e, a richiesta, sarà esibita la relativa certificazione o documentazione probatoria.

Data Firma