

~~AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA~~**~~ASP~~****~~AVVISO~~**

~~L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza , ai sensi e per gli effetti dell'art. 18 - 6° comma - del D.P.R. n. 220/2001 rende noto che la graduatoria del concorso pubblico , per titoli ed esami, per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario - Igienista Dentale Cat. D - giusta deliberazione n. 432 del 23.04.2010 è la seguente :~~

- ~~1. Dr.ssa Giuliana Caterina DURANTE nata il 29.04.1963 punti 63,200/100~~
- ~~2. Dr.ssa Filomena PATRI nata l'08.10.1970 punti 59,086/100~~
- ~~3. Dr. ssa Angela CALO' nata il 07.09.1981 punti 58,083/100~~
- ~~4. Dr. Matteo Rosario Piccolo ESPOSITO nato il 23.04.1979 punti 58,000/100~~
- ~~5. Dr. Michele VIGNOLA nato il 09.04.1978 punti 51,378/100~~

~~Il Dirigente Amministrativo~~

~~Dr. Nicola CLAPS~~

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA**ASP**

Avviso pubblico, per solo colloquio, per la formazione della graduatoria di operatori socio sanitari (O.S.S.) - categoria Bs, da assumere a tempo determinato presso l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP).

In esecuzione della deliberazione n 552 del 27.05.2010 è indetto avviso pubblico, per solo colloquio , per la formazione di una graduatoria di operatori socio sanitari da assumere a tempo determinato presso l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza .

La partecipazione all'avviso è consentita ai candidati dell'uno e dell'altro sesso che siano in possesso dei requisiti prescritti, di seguito indicati . Al riguardo , ai sensi dell'art. 4, comma 3, della legge n. 125/91, si specifica che il termine "candidati " usato nel testo , va sempre inteso nel senso innanzi specificato e, quindi, riferito agli aspiranti " dell'uno e dell'altro sesso " .

I dati personali forniti dai candidati saranno utilizzati esclusivamente ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione all'avviso e per l'espletamento delle conseguenti procedure .

(D.Lvo n. 196/2003).

1) REQUISITI GENERALI E SPECIFICI PER L'AMMISSIONE:

I requisiti generali di ammissione all'avviso sono i seguenti :

- a) età non inferiore ad anni diciotto ; In applicazione della legge 15.5.1997 n. 127, la partecipazione all'avviso non è soggetta al limite massimo di età
- b) cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti , o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea.
- c) idoneità fisica all'impiego . L'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego , con l'osservanza delle norme in tema di categorie protette, è effettuata a cura dell' Azienda Sanitaria prima dell'inizio del servizio .

I requisiti specifici di ammissione all'avviso sono i seguenti:

- a) diploma di istruzione secondaria di 1° grado
- b) attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario conseguito in base alla normativa recata dal D.M. del 18 febbraio 2000 e dall'Accordo tra Ministero della Sanità , Ministero della Solidarietà Sociale e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22 febbraio 2001 .

Non possono accedere all'impiego coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo o che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso pubbliche amministrazioni.

Tutti i requisiti , generali e specifici, devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente avviso per la presentazione delle domande di ammissione.

2) MODALITA' E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE.

Le domande di partecipazione all'avviso, redatte in carta semplice (ai sensi della legge 23.08.1988 n. 370), e secondo lo schema esem-

plificativo allegato al presente avviso , vanno indirizzate al Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale di Potenza e devono pervenire, pena esclusione, entro il decimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata

Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Si considerano utilmente prodotte le domande pervenute entro il termine indicato.

La domanda può essere :

- spedita a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
Via Torraca , 2 85100 Potenza

In tal caso fa fede il timbro con la data di spedizione dell'ufficio postale accettante ;

oppure

- presentata direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza presso la sede sita in via Torraca, 2 Potenza, dalle ore 11,00 alle ore 14,00 di tutti i giorni escluso il sabato.

Il termine fissato per la presentazione delle domande è perentorio: la eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Non è valido , sia agli effetti dell'ammissibilità che della valutazione del colloquio , il riferimento a documentazione allegata ad istanze di partecipazione ad altri concorsi o avvisi ovvero già in possesso di questa Azienda.

Nella domanda gli aspiranti , sotto la propria responsabilità , consapevoli delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, devono dichiarare :

- cognome e nome ;
- la data e il luogo di nascita;
- la residenza ;
- il possesso della cittadinanza italiana o equivalente ;
- il Comune di iscrizione nelle liste elettorali,

ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione;

- le eventuali condanne penali riportate, ovvero di non aver riportato condanne penali;
- titoli di studio posseduti ed i requisiti specifici di ammissione richiesti per l'avviso ;
- la posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i candidati di sesso maschile) ;
- i titoli che danno diritto ad usufruire di eventuali riserve, preferenze, precedenze in caso di parità di punteggio ;
- il consenso al trattamento dei dati personali
- il domicilio presso il quale ad ogni effetto deve essere fatta ogni necessaria comunicazione.

La firma in calce alla domanda , da apporre in originale , non richiede l'autenticazione (art. 3 comma 5 L. 127 del 15.5.1997 ess.mm.ii.).

L'Azienda non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, nè per eventuali disguidi postali e telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi .

L'omessa indicazione di una sola delle dichiarazioni di cui sopra attinente ai requisiti , ove mai le informazioni relative agli stessi non possono essere desunte diversamente e comunque dalla dichiarazione esibita, comporterà l'esclusione dall'avviso.

3) DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda di partecipazione all'avviso gli aspiranti devono allegare, pena l'esclusione, unicamente:

- a) attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario conseguito in base alla normativa recata dal D.M. del 18 febbraio 2000 e dall'Accordo tra Ministero della Sanità , Ministero della Solidarietà Sociale e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22 febbraio 2001 attestato di qualifica di OSS in copia autenticata ai sensi di legge , o in copia non

autenticata ma con apposita dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, debitamente sottoscritta, che ne attesti la conformità all'originale (accompagnata da fotocopia di un documento di riconoscimento).

Si evidenzia che non è sufficiente la sola dichiarazione comunque resa nella domanda.

Il documento di cui al punto a) può essere sostituito in caso di mancato rilascio del diploma originale dal relativo certificato sostitutivo.

Con effetto dal 1° gennaio 1989 si applica la normativa di cui alla legge 370 del 23.8.1988 che ha esentato dall'imposta di bollo le domande ed i relativi documenti per la partecipazione ai concorsi.

4) MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL COLLOQUIO

Il punteggio complessivo per la valutazione del colloquio è pari a punti 100,00

Il colloquio sarà ritenuto superato se il candidato avrà conseguito il punteggio minimo di 70/100

Lo stesso verterà su materie attinenti all'attività professionale del profilo da ricoprire

In caso di parità di punteggio prederà il candidato in possesso di titoli che danno diritto ad usufruire di eventuali riserve, preferenze, precedenze, ovvero il più giovane di età

5) AMMISSIONE - CONVOCAZIONE - GRADUATORIA - ADEMPIMENTI DEI CANDIDATI

L'ammissione e/o l'esclusione degli aspiranti è effettuata dal Direttore Generale.

I candidati saranno informati entro il 22 giugno 2010 mediante pubblicazione degli elenchi sul sito internet aziendale www.aspbasilicata.it:

- a) dell'ammissione e/o dell'esclusione
- b) del calendario delle sedute in cui sosterranno il colloquio secondo l'ordine alfabetico.
- c) della sede presso cui sosterranno il colloquio

Si precisa, in maniera inderogabile, che:

- **i candidati per sostenere il colloquio, al momento dello stesso, dovranno esibire in**

originale un idoneo documento di riconoscimento e consegnare una fotocopia;

- **la data di pubblicazione del presente avviso vale come decorrenza dei termini dell' "avviso di chiamata" per il colloquio,**
- **non sarà concesso differire o anticipare la data del colloquio. La mancata presenza, a qualsiasi titolo, sarà ritenuta rinuncia.**

La graduatoria di merito sarà formulata da un'apposita Commissione che, in sede di esame, procederà a stabilire le modalità di espletamento del colloquio. La graduatoria sarà approvata con atto deliberativo dal Direttore Generale, previo verifica della sua regolarità e sarà pubblicata sul sito internet aziendale www.aspbasilicata.it; tale pubblicazione assume valore di notifica.

Coloro che saranno assunti a tempo determinato, previa stipula del contratto individuale di lavoro, saranno invitati a produrre la documentazione di rito richiesta per l'assunzione e il certificato medico.

6) TRATTAMENTO ECONOMICO

Il rapporto di lavoro che si andrà ad instaurare è disciplinato dal D.Lgs n. 165/2001 e dal CCNL vigente per il comparto; è incompatibile con qualsiasi altro rapporto o incarico pubblico o privato, anche se di natura convenzionale, fatto salvo quanto diversamente disciplinato da normative specifiche applicabili.

Agli interessati assunti sarà attribuito il trattamento economico previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro vigente all'atto dell'assunzione.

7) DISPOSIZIONI FINALI

Con la partecipazione all'avviso è implicita da parte dell'aspirante l'accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso, nonché di quelle che disciplinano o disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale delle Aziende Sanitarie.

Questa Azienda si riserva:

- a) la facoltà di differire e il termine di scadenza fissato dall'avviso, ovvero le date per la comunicazione di ammissione / esclusione,

ovvero del calendario del colloquio, di sospendere, annullare o revocare il presente avviso, ove ricorrano motivi di pubblico interesse;

b) di non procedere, sospendere o ritardare l'assunzione in servizio per motivi collegati a:

- disponibilità finanziarie e di bilancio o in presenza di norme che stabiliscano il blocco delle assunzioni ;
- in conseguenza di provvedimenti di revisione della dotazione organica , nonché in assenza di necessità .

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso, si fa riferimento alla disposizioni legislative che disciplinano la materia.

Per ulteriori informazioni rivolgersi ai seguenti numeri telefonici: www.aspbasilicata.it

0975/312416 - Sig.ra Bruno Santa – responsabile del procedimento

0971/ 310536 – URP A.S.P. sede di Potenza
Numero verde 800 541212

Per prendere visione del bando consultare il seguente sito : www.aspbasilicata.it

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Pasquale F. AMENDOLA

SCHEMA DI DOMANDA

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE – A.S.P.
Via Torraca, 2 85100 POTENZA

Il sottoscritt _____ nato a _____
prov. di _____ il _____ e residente in _____ prov. di _____,
in via _____ n. _____
chiede di essere ammesso a partecipare all'avviso pubblico , per solo colloquio , per l'assunzione a
tempo determinato quale Operatore Socio Sanitario pubblicato sul BURB n. _____ del _____

A tale scopo , sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui va incontro,
per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci , dichiara che:

- a) è cittadino italiano o _____ (cittadinanza equivalente)
- b) è iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (1)
- c) non ha riportato condanne penali (oppure indicare la data del provvedimento e l'autorità che lo ha emesso) (2);
- d) per quanto riguarda gli obblighi militari, la sua posizione è la seguente: _____
- e) è in possesso dei seguenti titoli :
 - 1) diploma di istruzione secondaria di 1° grado
 - 2) attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario conseguito in base alla normativa recata dal D.M. del 18 febbraio 2000 e dall'Accordo tra Ministero della Sanità , Ministero della Solidarietà Sociale e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22 febbraio 2001 .
- f) è in possesso dei seguenti titoli di precedenza o preferenza , a parità di punteggio _____
- g) autorizza L'A.S. USL n. 2 al trattamento dei dati personali ai sensi della legge n. 675/96

ALLEGA ALLA PRESENTE :

- 1) copia autenticata, ai sensi di legge, dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario conseguito in base alla normativa recata dal D.M. del 18 febbraio 2000 e dall'Accordo tra Ministero della Sanità , Ministero della Solidarietà Sociale e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22 febbraio 2001
ovvero
- 2) copia non autenticata dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario conseguito in base alla normativa recata dal D.M. del 18 febbraio 2000 e dall'Accordo tra Ministero della Sanità , Ministero della Solidarietà Sociale e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22 febbraio 2001 ma con apposita dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà , debitamente sottoscritta , che ne attesti la conformità all'originale (accompagnata da fotocopia di un documento di riconoscimento);

RECAPITO PRESSO CUI INDIRIZZARE LE COMUNICAZIONI :

VIA _____ COMUNE _____ CAP _____
TELEFONO _____

Data _____

Firma

NOTE

- 1) In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicare i motivi
- 2) Anche se siano state concesse amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale
- 3) In caso affermativo indicare le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego