

## AZIENDA SANITARIA U.S.L. N. 2

## POTENZA

**Avviso pubblico per soli titoli per la formazione di un elenco nominativo di O. S. S. (Operatori Socio - Sanitari) da cui attingere per l'espletamento delle prestazioni domiciliari previste nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare integrata dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n. 2. In regime libero professionale.**

E' indetto avviso pubblico per soli titoli per la formazione di un elenco nominativo di Operatori Socio - Sanitari (OSS) da cui attingere, secondo ordine di graduatoria, per l'espletamento delle prestazioni domiciliari previste nell'ambito del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n. 2 - DSB II Livello di Potenza e Villa d'Agri, da espletarsi in regime di attività libero-professionale.

Per poter partecipare al presente avviso pubblico gli interessati dovranno far pervenire a mezzo raccomandata A. R., pena l'esclusione:

- domanda in carta semplice, secondo lo schema allegato, diretta al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria USL n. 2, Via Torraca - 85100 Potenza, entro il 20 giorno successivo alla data di pubblicazione dell'avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata. La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata.

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. A tal fine fa fede il timbro dell'Ufficio Postale accettante.

Gli interessati devono dichiarare nella domanda sotto la propria responsabilità:

1. cognome e nome;
2. la cittadinanza italiana, la data, il luogo di nascita, la propria residenza e il domicilio;
3. il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
4. di non aver riportato condanne penali;

5. il possesso della qualifica di operatore socio-sanitario e la data del conseguimento;
6. il possesso dei requisiti per l'esercizio dell'attività libero-professionale (numero di partita I.V.A. individuale) ovvero di impegno all'apertura della partita IVA in caso di sottoscrizione del contratto e, comunque, al possesso di tale partita IVA all'atto dell'inizio attività professionale di cui al presente avviso.
7. di essere di sana e robusta costituzione;
9. il numero di codice fiscale.

Gli interessati sono inoltre tenuti a dichiarare nella domanda gli eventuali rapporti di lavoro dipendente o convenzionato presso enti pubblici e/o privati e a dichiarare l'impegno incondizionato a recedere da eventuali rapporti di lavoro in corso, al momento del conferimento dell'incarico.

Si precisa che sarà ritenuto titolo preferenziale la residenza, da almeno un anno, in uno dei Comuni della Regione Basilicata.

Verranno esclusi dall'avviso gli aspiranti le cui domande non contengono tutte le indicazioni di cui sopra.

Gli interessati, inoltre, sono tenuti ad indicare il proprio domicilio con l'indirizzo completo (Via, C. A. P., Comune e recapito telefonico - cellulare o altro) presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative al presente avviso.

L'Azienda Sanitaria USL n. 2 non assume alcuna responsabilità nel caso di dispersione o di mancata o tardiva consegna della comunicazione all'aspirante che dipenda da inesatta indicazione da parte del medesimo del relativo recapito oppure da disguidi o ritardi postali.

L'attività di assistenza domiciliare coprirà l'intero territorio del DSB di II livello di POTENZA e VILLA D'AGRI di questa Azienda Sanitaria che comprende n. 53 Comuni.

L'attribuzione dell'incarico libero-professionale verrà effettuata in ordine di graduatoria in presenza delle esigenze assistenziali ed organizzative che risulteranno comunicate formalmente al momento della stipula dell'incarico stesso.

E' previsto che ogni operatore possa effettuare prestazioni fino a n. 6 ore giornaliere. Tale numero potrà comunque variare in ragione di specifiche esigenze assistenziali.

L'assegnazione dell'incarico non prevede la scelta della sede di lavoro; all'operatore verrà assegnato il carico di lavoro in base alle richieste che pervengono al Servizio ADI da parte del territorio distrettuale.

L'eventuale rifiuto di pazienti, eletti in assistenza, da parte dell'operatore, sarà motivo di rescissione dell'incarico.

Con provvedimento dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n. 2 verrà approvato l'elenco degli aspiranti. La graduatoria sarà formulata secondo il seguente ordine:

- 1) pregresse esperienze lavorative nella qualifica OSS;
- 2) anzianità di conseguimento del titolo ;
- 3) a parità di anzianità di titolo il più giovane di età;
- 4) residenza, da almeno un anno, in uno dei Comuni della Regione Basilicata.

L'Azienda Sanitaria U.S.L. n. 2 si riserva eventuali scorrimenti dei nominativi inclusi nell'elenco degli idonei a seguito di rinunce durante l'espletamento delle attività di prestazione libero-professionale, e/o inadempienze riscontrate.

L'Azienda Sanitaria U.S.L. n. 2 richiederà prima dell'affidamento dell'incarico, nei limiti ed alle condizioni previste dalla normativa vigente, i certificati attestanti il possesso dei requisiti dichiarati nella domanda.

Per ulteriori informazioni rivolgersi ai seguenti numeri telefonici:

ADI - 0971 26931-

ADI- 0971 310519

ADI 0971-310534

U. R. P. numero verde 800 541212

Per prendere visione dell'avviso pubblico consultare il seguente sito: [www.asl2.potenza.it](http://www.asl2.potenza.it)

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Attilio Salvatore Nunziata

**FAC-SIMILE della domanda di cui all'Avviso Pubblico per l'affidamento di incarico libero-professionale da inviare in busta chiusa tramite RACC. A.R. per essere incluso nell'elenco nominativo di Operatore Socio sanitario (OSS).**

**AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA SANITARIA USL N.2  
VIA TORRACA, 2  
85100 POTENZA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
Cognome e nome Comune

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, domiciliato/a \_\_\_\_\_  
giorno/mese/anno Comune C.A.P. Via e Numero Civico

### CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per la formazione di un elenco, per soli titoli, di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) di cui al Bando pubblicato sul Bollettino della Regione Basilicata n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

*A tal fine dichiara quanto segue:*

- di essere cittadino italiano \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ovvero i motivi della non iscrizione \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali;
- di essere in possesso del titolo di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di possedere i requisiti per l'esercizio dell'attività libero-professionale e di essere in possesso di partita I.V.A. n. \_\_\_\_\_;
- posizione nei riguardi degli obblighi militari \_\_\_\_\_;
- di essere di sana e robusta costituzione;
- di essere, all'atto della presentazione della domanda, titolare di rapporto di lavoro dipendente o convenzionato presso i seguenti enti pubblici e/o privati \_\_\_\_\_;
- di impegnarsi incondizionatamente a recedere da eventuali rapporti di lavoro in corso, al momento del conferimento dell'incarico;
- di possedere il codice fiscale n. \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto si impegna a produrre i certificati attestanti quanto sopra dichiarato all'atto dell'incarico a richiesta dell'Azienda Sanitaria USL n.2, nei limiti ed alle condizioni della normativa in vigore.

Le eventuali comunicazioni in merito al presente Avviso possono essere inviate al seguente recapito:

\_\_\_\_\_.  
Telefono fisso-----cellulare-----

Data \_\_\_\_\_

(Firma)