

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

## POTENZA

**Avviso pubblico per soli titoli per la formazione di un elenco nominativo per logopedisti da cui attingere per l'espletamento delle prestazioni domiciliari previste nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare integrata -ADI- 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 per Logopedisti 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.

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 n.2 – 85100 Potenza, entro il 30° 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 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 titolo di studio posseduto, votazione e la data del conseguimento;
6. l'iscrizione all'albo professionale, ove esistente;

7. 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;
8. la posizione nei riguardi degli obblighi militari;
9. di essere di sana e robusta costituzione;

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 la disponibilità incondizionata a recedere da eventuali rapporti di lavoro in corso, al momento del conferimento dell'incarico.

Verranno esclusi dall'avviso gli aspiranti le cui domande non contengono tutte le indicazioni di cui sopra circa il possesso dei requisiti per l'ammissione.

Gli interessati, inoltre, sono tenuti ad indicare il proprio domicilio con l'indirizzo completo (Via, C.A.P., Comune e recapito telefonico fisso o cellulare) 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 non imputabili all'Azienda Sanitaria.

L'attività di assistenza domiciliare coprirà l'intero territorio 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 accessi giornalieri. Tale numero potrà comunque variare in ragione di specifiche esigenze assistenziali.

L'assegnazione delle sedi vincola il libero professionista ad accettare tutti i pazienti che dovessero esserci anche successivamente all'incarico già conferito nella sede di assegnazione, nei limiti innanzi riportati.

In presenza di residue carenze assistenziali che dovessero manifestarsi in uno o più Distretti, le relative prestazioni assistenziali saranno affidate agli operatori professionali inseriti nella graduatoria generale seguendo l'ordine della stessa.

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) voto di diploma;
- 2) a parità di voto, anzianità di diploma;
- 3) a parità di anzianità di diploma, il più giovane.

L'Azienda Sanitaria U.S.L. n.2 attingerà dall'elenco, secondo l'ordine di graduatoria ed in base alle esigenze previste dal programma di Assistenza Domiciliare Integrata, per il conferimento di incarichi libero-professionali.

L'Azienda Sanitaria U.S.L. n.2 si riserva eventuali scorrimenti dei nominativi inclusi nell'elenco 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. In tale sede si procederà alla regolarizzazione della domanda ai fini del bollo.

Per ulteriori informazioni rivolgersi ai seguenti numeri telefonici: ADI -0971 26931-0971310519 0971310534 - U.R.P. numero verde 800 54212

Per prendere visione dell'avviso pubblico consultare al 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 Logopedista.**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, domiciliato/a \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

Di partecipare all'avviso pubblico per la formazione di un elenco, per soli titoli, di Logopedista di cui al Bando pubblicato sul Bollettino della Regione Basilicata N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara quanto segue:

- 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 studio di Laurea in Logopedia conseguito in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ o presso la scuola di \_\_\_\_\_ riportando la votazione di \_\_\_\_\_
- di essere iscritto presso l'Albo Professionale dal: \_\_\_\_\_
- 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 alla presente domanda possono essere inviate al seguente recapito: \_\_\_\_\_.

Tel. fisso \_\_\_\_\_ o cellulare \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(Firma)