



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Ospedale "S. Carlo" di Potenza

Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

REGIONE BASILICATA

AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE SAN CARLO DI POTENZA

Avviso per l'attribuzione dell'incarico di Direttore della Struttura Complessa U.O. di Farmacia

In esecuzione della deliberazione n. 132 del 16.4.2012, è indetto avviso per l'attribuzione dell'incarico di Direttore della Struttura Complessa U.O. di Farmacia.

L'incarico sarà conferito secondo le modalità ed alle condizioni previste dal Decreto Legislativo n.502/92 e ss.mm.ii., dal DPR n.484/97 e dall'art.16 c.5 della L.R. n.1/07 e ss.mm.ii..

In conformità a quanto previsto dall'art.7, comma 1. del Decreto Leg.vo n.165/2001, è garantita parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e al trattamento sul lavoro.

ART. 1

Requisiti per l'ammissione

Per la partecipazione all'avviso i candidati devono essere in possesso dei seguenti requisiti generali e specifici:

Requisiti generali di cui all'art. 1 del DPR 483/1997:

- 1) cittadinanza italiana**, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- 2) idoneità fisica all'impiego**. L'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego, con la osservanza delle norme in tema di categorie protette, è effettuato, a cura dell'Azienda Ospedaliera, prima della immissione in servizio.

Il personale dipendente da pubbliche Amministrazioni ed il personale dipendente dagli istituti, ospedali ed enti di cui agli articoli 25 e 26, comma 1, del DPR n.761/79, è dispensato dalla visita medica;



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Ospedale "S. Carlo" di Potenza

Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

Requisiti specifici ex artt. 5 e 15 del DPR n.484/1997:

3) iscrizione all'albo dell'Ordine dei Farmacisti. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione all'avviso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio;

4) anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disciplina di Farmacia Ospedaliera o disciplina equipollente, e specializzazione nella disciplina suddetta o disciplina equipollente ovvero anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina di Farmacia Ospedaliera.

L'anzianità di servizio utile per l'accesso ai sensi dell'art.10 del DPR n.484/1997, deve essere maturata presso amministrazioni pubbliche, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, istituti o cliniche universitarie e istituti zooprofilattici sperimentali salvo quanto previsto dagli artt.11, 12 e 13 del medesimo DPR.

Nella dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi dell'art.47 del DPR n.445/2000, devono essere indicate le posizioni funzionali o le qualifiche attribuite, le discipline nelle quali i servizi sono stati prestati, nonché le date iniziali e terminali dei relativi periodi di attività.

5) curriculum.

I contenuti del curriculum, valutati ai fini del comma 1 dell'art.8 del DPR n.484/97, concernono le attività professionali, di studio, direzionali-organizzative, con riferimento:

a) alla tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime;



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Ospedale "S. Carlo" di Potenza

Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

- b) alla posizione funzionale del candidato nelle strutture ed alle sue competenze con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione;
- c) alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato. Le casistiche devono essere riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione nella G.U.R.I. del presente avviso e devono essere certificate dal Direttore Sanitario sulla base dell'attestazione del Direttore della UOC/UOSD competente, pertanto non sono autocertificabili;
- d) ai soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a tre mesi con esclusione dei tirocini obbligatori;
- e) alla attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione delle ore annue di insegnamento;
- f) alla partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all'estero nonché alle pregresse idoneità nazionali.

Nella valutazione del curriculum è presa in considerazione, altresì, la produzione scientifica strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori, nonché il suo impatto sulla comunità scientifica.

6) attestato di formazione manageriale. Tale attestato ai sensi dei commi 2 e 3 dell'art.15, del DPR n.484/97, deve, comunque, essere conseguito entro un anno dall'inizio dell'incarico.

I requisiti di cui sopra devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente avviso per la presentazione delle domande di partecipazione.



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Ospedale "S. Carlo" di Potenza

Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

I contenuti del curriculum, **esclusi quelli relativi alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate e alle pubblicazioni, devono essere autocertificati** dal candidato ai sensi del DPR n.445 del 28.12.2000.

Il possesso dei requisiti di cui ai punti 1), 3), 4), 5) e 6) **deve essere autocertificato dal candidato** ai sensi del DPR n.445/2000, allegando copia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Ai sensi dell'art.15 della Legge n.183 del 12.11.2011, l'eventuale produzione di certificato rilasciato da una pubblica Amministrazione è nulla. In tal caso l'Azienda procederà all'esclusione del candidato per difetto del requisito attestato dal certificato medesimo.

Si precisa sin d'ora che questa Azienda procederà alla verifica della veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi del DPR n.445/2001 e procederà a segnalare le eventuali dichiarazioni mendaci verificate all'Autorità Giudiziaria.

ART. 2

Domanda di ammissione e presentazione

Per poter partecipare al presente avviso, i candidati dovranno far pervenire domanda, redatta in carta semplice, indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Ospedale "S. Carlo" – Via P. Petrone – 85100 Potenza, e presentata direttamente o a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, entro il 30° (trentesimo) giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso, per estratto, nella G.U.R.I..

Si considerano utilmente prodotte le domande spedite entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro e la data dell'Ufficio Postale accettante.

Qualora detto termine cada in un giorno festivo ovvero cada di sabato, il termine medesimo è prorogato al primo giorno successivo non festivo.



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Ospedale "S. Carlo" di Potenza

Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

La domanda deve essere redatta secondo lo schema allegato al presente avviso riportando tutte le indicazioni che, secondo le norme vigenti, i candidati sono tenuti a fornire.

La domanda deve essere firmata, pena esclusione, e la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata.

ART. 3

Cause di esclusione

Sono cause di esclusione dalla presente procedura, oltre al mancato possesso dei requisiti di cui ai p. 1), 3), 4), 5) e 6) dell'art.1 del presente avviso:

- A. l'inoltro della domanda fuori termine;
- B. l'aver trasmesso la domanda di partecipazione priva della firma;
- C. l'aver trasmesso le autocertificazioni relative al possesso dei requisiti di cui all'art.1, prive di firma o di un valido documento di riconoscimento in corso di validità o con allegata una copia di documento di riconoscimento scaduto.

ART. 4

Ammissione/esclusione candidati

L'Azienda provvederà all'esame delle domande prodotte dai candidati, limitatamente al possesso dei requisiti generali e agli adempimenti formali di cui al p. A., B. e C. dell'art.3 ed in caso di verifica del mancato possesso provvederà a comunicare ai candidati la conseguente esclusione.

L'accertamento del possesso dei requisiti specifici indicati nell'art.1, punti 3), 4), 5) e 6), sarà effettuato dalla Commissione di esperti, di cui all'art.15 ter del D. Leg.vo n.502/1992 e ss.mm.ii. e art.1 della L.R. n.1/07.

Il mancato possesso dei requisiti specifici sarà comunicato ai candidati nel giorno di svolgimento del colloquio che, in tal caso, non sarà effettuato.



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Ospedale "S. Carlo" di Potenza

Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

Art. 5

Modalità di selezione

I candidati sosterranno una prova che consisterà in un colloquio vertente su argomenti e tecniche inerenti alla disciplina oggetto dell'incarico da conferire, nonché sulla capacità professionale e preparazione manageriale e di direzione, tenuto conto del curriculum formativo e professionale.

I candidati che non si presenteranno a sostenere il colloquio nel giorno, nell'ora e nella sede stabilita, saranno dichiarati rinunciatori all'avviso, qualunque sia la causa dell'assenza anche se non dipendente dalla volontà dei singoli concorrenti.

Art. 6

Disposizioni finali

La Commissione di esperti è nominata dal Direttore Generale in ottemperanza dell'art. 22, comma 4 della L.R. n. 39 del 31/10/2001 come sostituito dal comma 5 dell'art. 16 della L.R. n. 1/2007.

L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal Direttore Generale nell'ambito di una terna di candidati, selezionati dalla Commissione di esperti, tra quelli risultati idonei ed è comunque subordinata alle procedure autorizzatorie di cui alla normativa regionale vigente.

Al Direttore di Unità Operativa sarà corrisposto il trattamento economico fondamentale nonché quello accessorio previsto dal CCNL dell'area della dirigenza SPTA vigente alla data di stipulazione del contratto individuale di lavoro.

L'incarico ha durata da cinque a sette anni ed è rinnovabile.



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Ospedale "S. Carlo" di Potenza

Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

Il rinnovo ed il mancato rinnovo sono disposti con motivato provvedimento del Direttore Generale, previa verifica dell'espletamento dell'incarico con riferimento agli obiettivi affidati e alle risorse attribuite.

Per quanto non previsto si fa riferimento alla normativa di cui al Decreto Leg.vo n.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, ed al DPR n.484/97.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, revocare o modificare il presente avviso senza che per gli aspiranti insorga alcuna pretesa o diritto.

Ai sensi del D. Leg.vo n.196 del 30.6.2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", il trattamento dei dati personali forniti dai candidati sarà finalizzato allo svolgimento della procedura in parola e all'eventuale instaurazione e gestione del rapporto contrattuale.

Gli interessati possono scaricare il presente bando, unitamente allo schema di domanda, dal sito internet aziendale www.ospedalesancarlo.it o ritirarlo presso l'Unità Operativa Gestione e Sviluppo Risorse Umane di questa Azienda Ospedaliera – Via Potito Petrone – Potenza .

Il responsabile del procedimento è la Sig.a Maria Rosaria Santoro, alla quale potranno essere formulate richieste di chiarimenti telefonando ai seguenti numeri 0971/612739 – 0971/613032 o inviando una e-mail all'indirizzo mariarosaria.santoro@ospedalesancarlo.it

IL DIRETTORE AMM.VO

(Dott. Antonio PEDOTA)



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Ospedale "S. Carlo" di Potenza

Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

Schema della domanda (in carta semplice)

AI DIRETTORE GENERALE
dell'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo"
Via Potito Petrone
85100 POTENZA

La/Il sottoscritt _____, nat_ a _____, il _____ e
residente in _____ (provincia di _____), Via _____
n. _____, recapito telefonico/cellulare _____, email _____
c h i e d e

di essere ammess_ a partecipare all'avviso per l'attribuzione dell'incarico di Direttore della U.O.
struttura complessa di Farmacia.

A tal fine, sotto a propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste
dall'art.76 del DPR n.445/2000, dichiara:

- a) di essere cittadin_ italian_ ovvero di uno dei Paesi dell'Unione Europea.
- b) di essere iscritt_ nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero
di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per il seguente
motivo: _____;
- c) di non aver/ aver riportato le seguenti condanne penali: _____;
- d) per quanto riguarda gli obblighi militari, di avere la seguente posizione:
_____;
- e) di aver conseguito la laurea in Farmacia in data _____ presso l'Università
_____;
- f) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti di _____ dal
_____;
- g) di aver conseguito la specializzazione in _____ in data
_____ presso l'Università _____;
- h) di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche Amministrazioni:
dal _____ al _____ presso _____ in qualità di _____
dal _____ al _____ presso _____ in qualità di _____

Dichiara di allegare i seguenti documenti:

- 1) copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ;
- 3) curriculum datato e firmato;
- 4) _____;

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che l'Azienda procederà alla verifica delle
autocertificazioni prodotte e alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria per le dichiarazioni
mendaci.

1 sottoscritt_ autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo n.196/03 e s.m.i., l'Azienda
Ospedaliera al trattamento dei dati ivi riportati per le finalità del bando per cui è fatta l'istanza.

Data _____

FIRMA
