



Al Direttore Sanitario del Dea Vallo/Agropoli
Dr. Aprea

OGGETTO: Avviso Interno per il conferimento incarico sostituzione, A rt. 25 CCNL T r i e n n i o 2019/2021, Direttore UOC DI “ **Oculistica** PO di Vallo della Lucania”.

PREMESSO

- Che l’Azienda Sanitaria Salerno ha proceduto, con deliberazione n. 1306 del 13-08-2024, all’adozione del proprio Atto Aziendale, approvato con DGRC n.461 del 12-09-2024, pubblicato sul BURC n. 65 del 16-09- 2024;
- Che nell’ambito dell’assetto organizzativo è prevista l’istituzione della UOC di “ **Oculistica del PO** di Vallo della Lucania;
- Che per il conseguimento degli obiettivi, in attesa dell’espletamento della procedura concorsuale di cui al DPR 484/1997, per il tempo strettamente necessario, occorre procedere alla Sostituzione ai sensi dell’art. 25 del Responsabile della U.O.C. di **Oculistica del PO** di Vallo della Lucania;
- Che in aderenza all'allegato di cui alla delibera n. 360 del 12.03.2026 regolamento aziendale in materia di incarichi Dirigenziali, l’individuazione del Responsabile ai sensi dell’art. 25 del vigente CCNL viene effettuata in esito ad una procedura comparativa che prevede la pubblicazione di un avviso, rivolto ai soli dirigenti assegnati alle U.O.C. di Oculistica del P.O. di Vallo della Lucania.

Visto l’articolo 25 commi 2 e 3 del vigente CCNL triennio 2019/2021 ;

Visto altresì il Regolamento per il Conferimento, Conferma e Revoca degli incarichi dirigenziali dell'Area della Dirigenza Medica adottato con Delibera n. 360 del 12.03.2026;

Rilevata la particolare rilevanza della Struttura;

Si chiede di attivare Avviso Interno per il conferimento dell’ incarico Sostituzione ai sensi dell’art. 25 del Responsabile della U.O.C. di Oculistica **del PO di Vallo della Lucania**.

La sostituzione potrà avere la durata massima indicata al comma 3 dell'art. 25 del CCNL Area Sanità 2019-2011, ovvero nove (9) mesi prorogabili per altri sei (6);

REQUISITI GENERALI E SPECIFICI PER L’AMMISSIONE

- Possono partecipare al presente Avviso i Dirigenti Medici in servizio a tempo indeterminato presso le U.O.C. di Oculistica del P.O. di Vallo della Lucania, ai sensi dell’art. 25 comma 2 e comma 3 lettera a) e b);
- inquadramento a **tempo indeterminato e/o determinato** nel ruolo e nel profilo dirigenziale corrispondente all’incarico da conferire ovvero ruolo sanitario - profilo dirigente medico;
- essere in possesso della Specializzazione in Oculistica o equipollente;
- anzianità di servizio di cinque anni nel corrispondente profilo dirigenziale maturata con rapporto a **tempo indeterminato e/o determinato** nell’ambito o enti del SSN;



- conseguimento di valutazioni positive da parte del competente Collegio Tecnico per lo svolgimento delle attività dirigenziali al termine dell'incarico se conferito;

Alla domanda di partecipazione, redatta su carta semplice, i candidati devono allegare, a pena di esclusione, la documentazione comprovante il possesso dei sopraindicati requisiti di ammissione nonché, curriculum formativo e professionale.

Il Direttore Sanitario del Dea Vallo della Lucania/Agropoli

Dr. Gaetano Aprea



FAC-SIMILE DOMANDA

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO VIA NIZZA, 146
84124 SALERNO

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____ nat _____

a _____

il _____ dipendente di ruolo presso questa Azienda Sanitaria Locale Salerno

– assegnato funzionalmente alla macrostruttura Unità Operativa _____

nella qualifica di _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso di Selezione Interna, con valutazione comparativa dei curricula, per il conferimento delle funzioni sostitutive di Direttore dell'Unità Operativa Complessa di " _____ " ai sensi dell'art. 25 comma commi 2 e 3 del vigente CCNL triennio 2019/2021.

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28/11/2000 n. 445 e s.m.i. concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

✓ di essere nato/ a _____ prov. _____ Il _____

✓ di risiedere a _____ prov. _____

in via _____ C.A.P. _____

OVVERO:

✓ di essere in possesso della cittadinanza italiana

OVVERO:

✓ di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso Pubblica Amministrazione;

✓ di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;

di essere inquadrato nella qualifica di _____ profilo professionale
di _____ disciplina di (solo dirigenza sanitaria) ;

Allegare copia fotostatica:

- documento di identità o di riconoscimento in corso di validità ex art. 38 D.P.R. 445/2000

- titoli presentati

- curriculum formativo e professionale

- ogni altro documento indicato



N.B.: i candidati hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente eventuali cambi di indirizzo alla ASL SALERNO, la quale non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato.

(luogo)

(data)

IL DICHIARANTE

(firma per esteso)