

**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE  
"SAN CARLO" DI POTENZA****Ospedale "S. Francesco di Paola"  
di Pescopagano****AVVISO****Concorso pubblico per titoli ed esami per  
la copertura di n.1 posto di Dirigente Medico  
della disciplina di Radiodiagnostica.**

L'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza, ai sensi e per gli effetti previsti dall'art.18 del DPR n. 483/97, con deliberazione n. 2014/00071 del 24.02.2014, ha approvato la seguente graduatoria del concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico della disciplina di Radiodiagnostica:

- 1) Dr. ssa Andreotta Pia  
punti 85,813/100 1° classificato
- 2) Dr. ssa Fortunato Giovanna  
punti 79,862/100 2° classificato
- 3) Dr. Dell'Atti Cristian  
punti 77,603/100 3° classificato
- 4) Dr. ssa Favano Francesca Angelica  
punti 76,467/100 4° classificato
- 5) Dr. Sica Giacomo  
punti 75,978/100 5° classificato
- 6) Dr. Di Serafino Marco  
punti 74,900/100 6° classificato
- 7) Dr.ssa Mangano Flaminia  
punti 66,645/100 7° classificato
- 8) Dr. ssa Pepe Maria Luisa  
punti 63,483/100 8° classificato
- 9) Dr. ssa Vecchio Roberta  
punti 60,658/100 9° classificato

**ASP - AZIENDA SANITARIA LOCALE  
DI POTENZA****Avviso pubblico per incarichi provvisori  
di medico nel servizio di emergenza sanitaria  
territoriale 118.**

In esecuzione della delibera n° 130 dell'11/03/2014 è indetto avviso pubblico per la formazione di apposita graduatoria ed elenchi separati validi per il conferimento di incarichi provvisori ai sensi dell'art. 97 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 29/07/2009, per consentire la provvista di personale medico necessario al funzionamento della Postazione di pronto intervento mobile in prossimità del Centro Oli della Val d'Agri e per le eventuali esigenze che si dovessero presentare nell'ambito delle altre PP.TT.SS. dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza;

Possono concorrere al conferimento degli incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale (118), nel rispetto delle priorità di seguito elencate:

- A) I medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende, anche diverse, della Regione, con priorità per quelli della stessa Azienda;**
- B) I medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende di altre Regioni;**
- C) I medici incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, in possesso dell'attestato di idoneità di cui all'art. 96 dell'ACN 23/3/2005, inclusi nella graduatoria unica regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2013 di cui al BUR n. 3, parte I, del 01/02/2013;**
- D) I medici inclusi nella graduatoria unica**

**regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2013 di cui al BUR n. 03, parte I, del 01/02/2013, in possesso dell'attestato di idoneità di cui all'art. 96 dell'ACN 23/3/2005;**

**E) I medici in possesso del solo attestato di idoneità di cui all' art 96 del vigente ACN.**

Gli aspiranti di cui alle lettere A) e B), entro 15 gg. dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BUR possono presentare apposita domanda, in carta semplice, completa di dati anagrafici, recapiti telefonici, anzianità nell'incarico, come da FAC-SIMILE allegato A) o B).

1. In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare a pena di esclusione:
2. Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 sullo stato di servizio.
3. Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la residenza

Fotocopia di valido documento di identità.

Gli aspiranti di cui alla lettera C), entro 15 gg. dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BUR possono presentare apposita domanda, in carta semplice, completa di dati anagrafici, recapiti telefonici, posizione occupata nella graduatoria regionale e relativo punteggio, anzianità nell'incarico, come da FAC-SIMILE allegato (C).

In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare a pena di esclusione:

1. Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 sullo stato di servizio.
2. Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la residenza.
3. Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.
4. Fotocopia di valido documento di identità.

Gli aspiranti di cui alla lettera D), entro 15 gg. dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BUR possono presentare apposita domanda, in carta semplice, completa di dati

anagrafici, recapiti telefonici, posizione occupata nella graduatoria regionale e relativo punteggio, come da FAC-SIMILE allegato D).

In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare a pena di esclusione:

1. Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.
2. Fotocopia di valido documento di identità.

Gli aspiranti di cui alla lettera E), entro 15 gg. dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BUR possono presentare apposita domanda, in carta semplice, completa di dati anagrafici, recapiti telefonici, come da FAC-SIMILE allegato E).

In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare a pena di esclusione:

1. Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.
2. Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la detenzione o meno di rapporti di lavoro e l'eventuale titolarità di borse di studio.
3. Fotocopia di valido documento di identità.

A tal fine gli aspiranti di cui alla lett. E) saranno graduati in un elenco separato, con priorità per i Medici che non detengono alcun rapporto di lavoro pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio inerenti anche a corsi di specializzazione. La graduazione avverrà nell'ordine: della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Per gli aspiranti di cui alle lettere C), D), ed E) costituisce titolo preferenziale, a parità di punteggio, il servizio svolto nell'emergenza sanitaria.

Le istanze, redatte come da FAC-SIMILI allegati, devono essere spedite entro il termine di 15 gg. dalla pubblicazione sul BUR, mediante Raccomandata AR (a tal fine fa fede il timbro postale) o consegnate, entro lo stesso termine, all'Ufficio Protocollo, al seguente indirizzo:

**Azienda Sanitaria Locale di  
Potenza – (ASP)  
Ambito Territoriale Ex ASL 3  
Via Piano dei Lippi, 3  
85042 LAGONEGRO (PZ)**

Non sono ammesse altre modalità di invio della domanda di partecipazione all'avviso pubblico. Gli incarichi provvisori, saranno conferiti nel rispetto dell'art 97 dell'ACN 29/07/2009 e delle leggi regionali e per una durata non superiore a dodici mesi, con assegnazione d'ufficio alla postazione lavorativa.

Delle domande presentate saranno redatte distinte graduatorie per gli aspiranti di cui alla lett. A), B), C), D) ed E) che saranno utilizzate secondo il "criterio dello scorrimento" a partire da quella di cui alla lettera A).

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante ai medici aventi titolo, si rinvia alla normativa di cui all'ACN 29/07/2009 ed ai relativi accordi integrativi regionali vigenti in materia.

I dati forniti dai partecipanti al presente avviso pubblico saranno trattati nel rispetto di quanto previsto dalla L. n. 675/96 e successive modificazioni ed integrazioni.

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente avviso, potrà essere richiesta al Dott. Giacomo Chiarelli tel. 320/4990303.

Si invitano i signori medici, per la presentazione delle domande, ad utilizzare esclusivamente gli allegati del presente bando.

Il Direttore Generale  
Dott. Mario Marra

Spett.le Azienda Sanitaria Locale di Potenza – (ASP)  
Ambito Territoriale ex ASL 3  
Via Piano dei Lippi, 3  
85042 LAGONEGRO (PZ)

**FAC – SIMILE (A)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso l’Azienda  
Sanitaria \_\_\_\_\_, con riferimento all’avviso pubblico indetto da codesta  
Azienda e del quale dichiara di avere piena conoscenza in quanto ne ha preso visione sul BUR n.  
\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere inserito nella graduatoria aziendale di codesta Azienda da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale ( 118 ) per il funzionamento della Postazione di pronto intervento mobile in prossimità del Centro Oli della Val d’Agri e per le eventuali esigenze che si dovessero presentare nell’ambito delle altre PP.TT.SS. dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute nell’ACN del 23/05/2005 che regolamentano gli incarichi provvisori e di sostituzione.

Allega alla presente domanda:

- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 sullo stato di servizio.
- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la residenza
- Fotocopia di valido documento di identità.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Spett.le Azienda Sanitaria Locale di Potenza – (ASP)  
Ambito Territoriale ex ASL 3  
Via Piano dei Lippi, 3  
85042 LAGONEGRO (PZ)

**FAC – SIMILE (B)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso l’Azienda  
Sanitaria \_\_\_\_\_, con riferimento all’avviso pubblico indetto da codesta  
Azienda e del quale dichiara di avere piena conoscenza in quanto ne ha preso visione sul BUR n.  
\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere inserito nella graduatoria aziendale di codesta Azienda da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale ( 118 ) per il funzionamento della Postazione di pronto intervento mobile in prossimità del Centro Oli della Val d’Agri e per le eventuali esigenze che si dovessero presentare nell’ambito delle altre PP.TT.SS. dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute nell’ACN del 23/05/2005 che regolamentano gli incarichi provvisori e di sostituzione.

Allega alla presente domanda:

- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 sullo stato di servizio.
- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la residenza
- Fotocopia di valido documento di identità.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Spett.le Azienda Sanitaria Locale di Potenza – (ASP)  
Ambito Territoriale ex ASL 3  
Via Piano dei Lippi, 3  
85042 LAGONEGRO (PZ)

**FAC – SIMILE (C)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
titolare di incarico a tempo indeterminato nel servizio di continuità assistenziale presso l'Azienda  
Sanitaria \_\_\_\_\_, in possesso dell'attestato di idoneità di cui all'art. 96  
dell'ACN 23/02/2005, incluso nella graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale  
valevole per l'anno 2011 – pubblicata sul BUR n. 21 del 16/07/2011 al posto \_\_\_\_\_ con punteggio  
\_\_\_\_\_, con riferimento all'avviso pubblico indetto da codesta Azienda e del quale dichiara di  
avere piena conoscenza in quanto ne ha preso visione sul BUR n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere inserito nella graduatoria aziendale di codesta Azienda da utilizzare per il conferimento di  
incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale ( 118 ) per il funzionamento della  
Postazione di pronto intervento mobile in prossimità del Centro Oli della Val d'Agri e per le  
eventuali esigenze che si dovessero presentare nell'ambito delle altre PP.TT.SS. dell'Azienda  
Sanitaria Locale di Potenza.

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute nell'ACN del  
23/05/2005 che regolamentano gli incarichi provvisori e di sostituzione.

Allega alla presente domanda:

- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 sullo stato di servizio.
- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la residenza
- Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'ACN  
23/03/2005.
- Fotocopia di valido documento di identità.

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Spett. le Azienda Sanitaria Locale di Potenza – (ASP)  
Ambito Territoriale ex ASL 3  
Via Piano dei Lippi, 3  
85042 LAGONEGRO (PZ)

**FAC – SIMILE (D)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
inserito nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2013, pubblicata sul  
BUR n. 03, parte I, del 01/02/2013 al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_, con riferimento  
all'avviso pubblico indetto da codesta Azienda e del quale dichiara di avere piena conoscenza in  
quanto ne ha preso visione sul BUR n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere inserito nella graduatoria aziendale di codesta Azienda da utilizzare per il conferimento di  
incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale ( 118 ) per il funzionamento della  
Postazione di pronto intervento mobile in prossimità del Centro Oli della Val d'Agri e per le  
eventuali esigenze che si dovessero presentare nell'ambito delle altre PP.TT.SS. dell'Azienda  
Sanitaria Locale di Potenza.

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute nell'ACN del  
23/05/2005 che regolamentano gli incarichi provvisori e di sostituzione.

Allega alla presente domanda:

- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la residenza.
- Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale
- Copia documento di identità valido

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Spett.le Azienda Sanitaria Locale di Potenza – (ASP)  
Ambito Territoriale ex ASL 3  
Via Piano dei Lippi, 3  
85042 LAGONEGRO (PZ)

**FAC – SIMILE (E)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
voto di laurea \_\_\_\_\_ data di laurea \_\_\_\_\_, in possesso di attestato di idoneità di  
emergenza sanitaria conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_, con riferimento all'avviso  
pubblico indetto da codesta Azienda e del quale dichiara di avere piena conoscenza in quanto ne ha  
preso visione sul BUR n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere inserito nella graduatoria aziendale di codesta Azienda da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale ( 118 ) per il funzionamento della Postazione di pronto intervento mobile in prossimità del Centro Oli della Val d'Agri e per le eventuali esigenze che si dovessero presentare nell'ambito delle altre PP.TT.SS. dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute nell'ACN del 23/05/2005 che regolamentano gli incarichi provvisori e di sostituzione.

Allega alla presente domanda:

- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la detenzione o meno di rapporti di lavoro e l'eventuale titolarità di borse di studio.
- Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale
- Copia documento di identità valido

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_