



AVVISO INTERNO PER L'INDIVIDUAZIONE DEL PERSONALE DI SUPPORTO  
DIRETTO ALL'A.L.P.I. DELL'AREA DI COMPARTO, RISERVATO ALLA CATEGORIA D  
DELL'AREA SANITARIA PER L'ANNO 2022.

RIAPERTURA TERMINI

DATA PUBBLICAZIONE BANDO: 28/12/2021

DATA SCADENZA BANDO: 12 GENNAIO 2022

In esecuzione della deliberazione n. 1998 del 23.12.2021 è stata disposta la RIAPERTURA TERMINI dell'Avviso Interno per l'individuazione del personale di supporto diretto all'A.L.P.I. dell'area di Comparto, riservato alla categoria D, dell'Area Sanitaria, indetto con atto deliberativo n. 1846/2021.

**TERMINI E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE**

La domanda di ammissione, redatta in carta semplice secondo il **fac-simile allegato**, deve pervenire all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda, sito in Via R. Paolini, 45 - Pescara, entro il termine perentorio di **giorni 15 dalla data di pubblicazione** del presente bando presso l'Albo Aziendale.

Sono previste, esclusivamente, le seguenti modalità d'invio:

A) Invio mediante posta certificata (PEC) al seguente indirizzo:

[protocollo.aslpe@pec.it](mailto:protocollo.aslpe@pec.it). L'invio dovrà essere effettuato esclusivamente da casella di posta certificata intestata al candidato.

B) Invio mediante porta elettronica aziendale al seguente indirizzo mail [protocollogenerale@asl.pe.it](mailto:protocollogenerale@asl.pe.it). L'invio dovrà essere effettuato dal candidato utilizzando esclusivamente la propria casella di posta elettronica aziendale.

Il suddetto messaggio pec o posta elettronica aziendale dovrà avere il seguente

OGGETTO: DOMANDA PER SUPPORTO DIRETTO ALPI 2022 -RIAPERTURA TERMINI

L'invio dovrà essere effettuato, improrogabilmente, entro le ore 24,00 del giorno di scadenza sopra riportato.

La domanda, formulata utilizzando lo schema di domanda allegato, dovrà essere datata e sottoscritta dal richiedente e convertita in file pdf prima dell'invio.

***Chi abbia già presentato precedentemente domanda di partecipazione all'avviso in parola (indetto con atto deliberativo n. 1846/2021) entro i termini e le modalità previste dal bando di avviso suddette (punto A e B di modalità di invio), non è tenuto a presentare nuova domanda, in quanto resta valida quella già pervenuta.***

## CRITERI DI ACCESSO

Fermo restando quanto previsto in ordine alle qualifiche possedute dal personale che partecipa all'attività libero professionale, sono ammessi a svolgere prestazioni di supporto inerenti l'attività libero professionale i dipendenti in possesso dei seguenti requisiti elencati nel modulo di domanda allegato

## FORMULAZIONE DELL'ELENCO DEI DIPENDENTI

L'Azienda (per il tramite dell' Ufficio A.L.P.I., anche in collaborazione con la Direzione Amministrativa dei PP.OO. e la UOC Dinamiche del Personale) formulerà un elenco dei dipendenti che hanno dichiarato la propria disponibilità all'effettuazione dell'attività di supporto. L'elenco del suddetto personale ha validità annuale. Eventuali rinunce successive vanno comunicate per iscritto. Il personale di supporto all'A.L.P.I. sarà individuato nell'ambito dell'elenco di cui sopra in applicazione dei criteri di rotazione e di priorità come di seguito specificati e come contemplati nel modello di domanda allegato.

In considerazione della tipologia di prestazione, stante la necessità di garantire il prioritario rapporto di fiducia tra Dirigente Medico e personale di supporto, detto personale sarà individuato direttamente dal Dirigente intramoenista interessato attingendo dall'elenco succitato. Il suddetto Dirigente, all'uopo, procederà alle descritte individuazioni, prioritariamente, incaricando il personale in servizio presso l'U.O. nella quale sarà svolta l'attività libero professionale o presso altra U.O. affine alla precedente. Il Dirigente interessato, inoltre, in applicazione del principio di equità dovrà garantire adeguata rotazione del personale di supporto, che dovrà avvenire con cadenza almeno trimestrale, al fine di garantire pari opportunità nonché adeguato riposo, secondo quanto stabilito dalle vigenti disposizioni regolamentari. **Sono escluse dal criterio della rotazione le attività che richiedono una specifica competenza professionale come quelle di sala operatoria o di impiego di tecnologie di alta specializzazione tecnologica o di specializzazione nell'ambito della medesima categoria professionale.**

In caso di trasferimento (volontario o dovuto ad esigenze di funzionalità Aziendale) del dipendente ad altra UU.OO./Servizio a decorrere dalla data del trasferimento, il criterio di priorità previsto dal presente articolo (appartenenza alla stessa U.O. per la quale si necessita il supporto A.L.P.I.) non troverà applicazione con riferimento all'U.O. di provenienza, fatto salvo il solo caso del trasferimento in U.O. affine.

IL DIRETTORE GENERALE  
F.to Dott. Vincenzo Ciamponi

**FAC SIMILE DI DOMANDA**

(da redigere su carta semplice e da compilare in modo leggibile, preferibilmente dattiloscritta).

**AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA  
VIA R. PAOLINI N. 45  
65124 PESCARA**

**OGGETTO:** DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA IN QUALITÀ DI PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO PER L'ANNO 2022.

**~~-RIAPERTURA TERMINI-~~**

Con riferimento al bando di riapertura termini dell'Avviso Interno di cui alla deliberazione n. \_\_\_ (indetto in esecuzione del Regolamento approvato con deliberazione n. 87 del 01/02/2016 e s.m.i.), concernente la partecipazione alla libera professione intramuraria in qualità di personale di supporto,

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

dipendente a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_ in servizio presso

la U.O. \_\_\_\_\_

nel profilo professionale di \_\_\_\_\_

e con i seguenti titoli formativi \_\_\_\_\_

attinenti la disciplina per la quale si fa domanda

**CHIEDE**

di essere inserito/a nel gruppo di supporto all'attività libero professionale intramuraria, nei modi e nei tempi previsti nel Regolamento Aziendale della libera professione intramuraria della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria e secondo quanto previsto dall'Avviso Interno sopra citato

## DICHIARA

di dare la propria disponibilità per l'Unità Operativa di \_\_\_\_\_ o  
affine, per un numero di ore settimanali pari a \_\_\_\_\_ e per la/e  
sede/i di \_\_\_\_\_

**Di voler aderire alle seguenti modalità di svolgimento (indicare la o le scelte formulate):**

- ambulatoriale;
- ricovero ordinario;
- day hospital, day surgery e APA;
- diagnostica strumentale e di laboratorio

## DICHIARA

- di non svolgere attività o di non aver svolto attività negli ultimi tre anni da cui possano derivare conflitti d'interesse, anche potenziali, con l'attività inerente la presente richiesta;
- di non avere riportato condanne penali oppure di aver riportato le seguenti condanne penali o di non essere/essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali (specificare);
- di non aver riportato (o di aver riportato) i seguenti provvedimenti disciplinari negli ultimi tre anni (specificare);
- di essere in possesso della piena idoneità alla mansione specifica per lo specifico settore per il quale si presenta la domanda;
- di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno;
- di essere consapevole e di impegnarsi allo svolgimento di detta attività secondo modalità e limiti previsti dall'art. 10 del Regolamento disciplinante lo svolgimento dell'A.L.P.I., approvato con deliberazione n. 87 del 01/02/2016 e sm.i.

**Nello specifico il/la sottoscritto/a si impegna a:**

non svolgere attività di supporto nei giorni di riposo settimanale, durante i congedi per ferie, malattia, legge 104/1992, durante i periodi di assenza per gravidanza, puerperio, aspettativa, nei giorni e nelle ore di turno di pronta disponibilità e nei giorni di astensione lavorativa per sciopero.

**Dichiara inoltre di essere a conoscenza e di condividere i criteri di individuazione del personale di supporto stabiliti e, specificatamente che:**

- la scelta del personale di supporto sarà operata dal Dirigente che svolge attività libero professionale che lo individuerà, nell'ambito dell'elenco degli aspiranti formulato dall'Azienda, **PRIORITARIAMENTE** tra il personale appartenente al Servizio in cui il Dirigente o l'Equipe svolgono attività libero-professionale, secondo criteri di rotazione (da effettuare a cura del Dirigente o dell'equipe con cadenza almeno trimestrale);
- sono escluse dal criterio della rotazione le attività che richiedono una specifica competenza professionale come quelle di sala operatoria o di impiego di tecnologie di alta specializzazione tecnologica o di specializzazione nell'ambito della medesima categoria professionale o in caso di impossibilità per carenza di personale aderente. Dichiara inoltre di essere consapevole che in caso di trasferimento (volontario o dovuto ad esigenze organizzativo/funzionali) aziendali ad altra U.O. o Servizio, a decorrere dalla data del trasferimento non sarà più applicabile nei propri confronti il criterio della "priorità" con riferimento all'U.O. di provenienza.

**Data**\_\_\_\_\_

**Firma**\_\_\_\_\_