

Prot.n. _____ del _____

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.

PUBBLICATO IL _____ SCADENZA TERMINE PRESENTAZIONE DOMANDE _____

In esecuzione della Deliberazione n. _____ è indetto Avviso Interno per l'individuazione del personale di supporto diretto all'ALPI dell'area di Comparto, riservato alla categoria D, dell'area Sanitaria

TERMINI E MODALITA' 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, 47 - Pescara, entro il termine perentorio di **giorni 15 dalla data di pubblicazione** del presente bando presso l'Albo Aziendale.

A tal fine farà fede il timbro a data dell'Ufficio Protocollo di questa AUSL. La domanda di ammissione si considera prodotta in tempo utile anche se spedita a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro a data dell'Ufficio accettante.

1) 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

2) FORMULAZIONE DELL'ELENCO DEI DIPENDENTI.

L'Azienda (per il tramite dell'A.L.P.I., anche in collaborazione con la Direzione Amministrativa dei PP.OO.) 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
Dott. Armando MANCINI

