

**AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL NA5 80053 Castellammare di Stabia (Provincia di Napoli) - Avviso pubblico per il conferimento di incarichi professionali a termine per progetto per le dipendenze patologiche Percorsi di Addiction" (Progetto sulla riduzione del danno).**

L'ASL NA 5 bandisce avviso pubblico per titoli per il conferimento di incarichi professionali, di durata annuale, rinnovabili per un massimo di 24 mesi per il progetto c.n 309 Percorsi di Addiction" .

I profili professionali richiesti sono i seguenti:

n . 1 psicologo n. 10 ore settimanali

n. 4 operatori di strada n. 44 ore settimanali

n. 1 sociologo n. 10 ore settimanali

n. 1 assistente Sociale n. 10 ore settimanali

n.2 infermieri professionali n. 20 ore settimanali

Gli aspiranti al conferimento degli incarichi devono essere in possesso dei requisiti generali per l'ammissione ai concorsi, nonché dei seguenti requisiti specifici:

Per la figura di Psicologo:

- laurea in Psicologia (o altra laurea che abbia consentito titolo di iscrizione all'Ordine degli Psicologi);

- iscrizione all'Ordine degli Psicologi;

- idoneità fisica in relazione alla su indicata attività di consulenza;

Per la figura di Sociologo:

- laurea in Sociologia;

- idoneità fisica in relazione alla specifica attività di consulenza;

Per la figura di Assistente Sociale:

- diploma di Assistente Sociale;

- iscrizione all'Ordine degli Assistenti Sociali;

Per la figura degli operatori di strada:

- titolo specifico di operatore di strada;

- idoneità fisica in relazione alla specifica attività di consulenza;

Per la figura dell'infermiere professionale

- diploma specifico di infermiere professionale;

- idoneità fisica in relazione alla specifica attività di consulenza

Gli interessati, al fine del conferimento degli incarichi, in possesso dei requisiti come sopra riportati, possono presentare apposita domanda in carta semplice da far pervenire **entro il 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.**

Sono valide le domande spedite per posta entro il termine suddetto.

Fa fede il timbro postale dell'ufficio accettante.

Le domande, indirizzate al Direttore Generale dell'ASL NA 5 - Via Alcide De Gasperi 171, Castellammare di Stabia, distinta per ciascun profilo professionale, dovranno pervenire in busta chiusa recante oltre all'indirizzo del mittente la seguente intestazione: "Domanda per l'affidamento dell'incarico per l'attuazione del progetto finalizzato alla riduzione del danno c. n. 309 Percorsi di Addiction" .

Alla domanda dovrà essere allegato un curriculum formativo e professionale datato e firmato atto a dimostrare le attività professionali e di studio, formalmente documentate, finalizzate ad evidenziare il livello di qualificazione professionale rispetto all'incarico da conferire.

Gli incarichi saranno conferiti dal Direttore Generale secondo ordine di graduatoria predisposto da apposita commissione in base ai seguenti criteri:

Punti 30 per titoli di carriera

Punti 15 per titoli di studio

Punti 5 per pubblicazioni

Punti 50 curriculum formativo e professionale

La valutazione del curriculum sarà effettuata dalla Commissione composta dai coordinatori del progetto, dal responsabile amministrativo e dal supervisore del progetto in contraddittorio con il candidato al fine di verificare il grado di esperienza e conoscenza nel campo specifico.

I candidati vincitori prescelti saranno invitati dall'ASL NA5 a stipulare contratto di lavoro di diritto privato della durata di un anno, con facoltà di rinnovo per ulteriore 24 mesi.

Altresì i vincitori dovranno stipulare apposita polizza con primarie società per i rischi ed infortuni dovuti all'incarico nonché una polizza per la responsabilità civile per danni causati a terzi o a beni dell'Ente nello svolgimento dell'incarico.

Non saranno prese in considerazione le domande:

a) pervenute dopo la scadenza, a tal fine farà fede il timbro di ricezione del Servizio ricevente, e b) non corredate, nella domanda di partecipazione, del curriculum formativo e professionale.

Per quanto non contemplato nel presente avviso valgono le normative leggi vigenti in materia di procedure concorsuali.

Il Direttore Generale  
Dott. Roberto Aponte

ALLEGATO A- SCHEMA DI DOMANDA  
(dattiloscritta)

Al Direttore Generale dell'ASL NA 5  
Via Alcide de Gasperi, 171  
80053 Castellammare di Stabia - Na

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di partecipare all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi professionali a termine per il progetto sulla riduzione del danno denominato "Percorsi di Addiction" di cui al BURC n. \_\_\_\_\_ per il seguente profilo professionale: \_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste dagli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 in cui incorrerebbe in caso di dichiarazioni false e mendaci dichiara:

- di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

- di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero dei requisiti sostitutivi)

- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (in caso di mancata iscrizione o di cancellazione indicarne i motivi);

- di essere in possesso dei diritti politici, ovvero di non essere in possesso dei diritti politici per i seguenti motivi \_\_\_\_\_;

- di non aver riportate condanne penali (in caso contrario indicare quali condanne)

- di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione richiesti dal bando (specificare):

- di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_;

- di essere iscritto all'Ordine e/o all'Albo di \_\_\_\_\_;

- di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione \_\_\_\_\_;

- di autorizzare l'ASL NA 5 al trattamento dei dati personali

- di aver restato i seguenti servizi presso la pubblica amministrazione \_\_\_\_\_ (indicare le cause della risoluzione dei precedenti rapporti).

- di voler ricevere ogni necessaria comunicazione inerente al presente avviso al seguente indirizzo:  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Allego alla presente domanda la seguente documentazione:

Data

Firma

SCHEMA DI  
DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI  
(art. 46, comma 1 D.P.R. n. 445/2000 - T.U.)  
OVVERO  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(art. 47 commi 1, 2 e 3 D.P.R. 445/2000 - T.U.)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (per le donne indicare il cognome da nubile), nato a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ consapevole che, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma

La presente dichiarazione, per avere valore, deve essere corredata dalla copia del documento di identità del sottoscrittore, così come previsto dall'art. 38 del D.P.R. 445/2000.