

Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 28 del 30 maggio 2005

AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 - Pozzuoli - (Provincia di Napoli) - Selezione pubblica per titoli e colloquio per il conferimento dei seguenti incarichi individuali di prestazione professionale.

Cod.A. n. 2 (due) professionisti in possesso di laurea di 1° livello di terapeuta della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, di comprovata competenza ed esperienza professionale nel campo dei Disturbi dello Spettro Autistico, da documentarsi analiticamente e con apposita certificazione, con particolare riguardo all'utilizzo clinico di strategie di Applied Behavioral Analysis, di Comunicazione Aumentativa e di terapia del linguaggio e della comunicazione;

Cod.B. n. 1 (uno) professionista in possesso di laurea di 1° livello in Logopedia, di comprovata competenza ed esperienza professionale nel campo dei Disturbi dello Spettro Autistico, da documentarsi analiticamente e con apposita certificazione, con particolare riguardo all'utilizzo clinico di strategie di Applied Behavioral Analysis, di Comunicazione Aumentativa e di terapia del linguaggio e della comunicazione;

La domanda di partecipazione alla selezione, redatta in carta libera ed indirizzata al Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 2, via Corrado Alvaro n.8- 80070 Pozzuoli (NA), dovrà essere inoltrata esclusivamente a mezzo posta, con raccomandata A.R. con la dicitura "selezione pubblica per il conferimento di incarichi individuali di prestazione professionale per il Centro di Riferimento Aziendale sui Disturbi dello Spettro Autistico", **entro le ore 12 del quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania**, pena l'esclusione dalla selezione.

A tal fine fa fede la data del timbro dell'ufficio postale accettante.

La domanda dovrà contenere:

- il codice della selezione cui si intende partecipare,
- la precisa indicazione dei dati anagrafici del candidato, ivi incluso il codice fiscale,
- l'indirizzo eletto ai fini del procedimento,
- un recapito telefonico,

e dovrà essere corredata:

- da un curriculum vitae et studiorum con la precisa indicazione delle esperienze professionali acquisite;
- dalla certificazione dei titoli di studio posseduti;
- dalla certificazione dell'esperienza professionale, con particolare riguardo all'esperienza teorico-educativa e clinica nel campo dei Disturbi dello Spettro Autistico;
- da eventuali attestazioni comprovanti: a) specifiche competenze nel campo della Applied Behavioral Analysis, di Comunicazione Aumentativa e di terapia del linguaggio e della comunicazione; b) periodi di training presso strutture ospedaliere o universitarie nazionali ed internazionali ad alta specializzazione in patologie neurologiche dell'età evolutiva;
- dall'iscrizione all'albo professionale, ove richiesto;

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio, l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti.

Il candidato, pena l'esclusione, dovrà apporre la firma in calce alla domanda.

Documenti e titoli possono essere prodotti in originale o in copia autenticata ovvero autocertificati o prodotti in fotocopia dichiarata conforme all'originale mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (schema allegato A).

Le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà devono essere accompagnate da fotocopia del documento di identità.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa o prodotte in fotocopia accompagnate da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'art. 47 D.P.R. 445/2000 attestante la conformità all'originale delle copie prodotte (schema allegato A).

Si fa presente che oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 26 della legge 4/1/68 n. 15 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità dei contenuti delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti.

Il colloquio verterà sulle materie della disciplina oggetto della selezione;

L'incarico verrà conferito mediante sottoscrizione di contratto disciplinato dagli artt. 2222 e sgg. del codice civile all'esito di una selezione per titoli e colloquio effettuata da una Commissione composta dal Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Napoli 2 o suo delegato, dal Responsabile del Dipartimento Materno-Infantile dell'Azienda Sanitaria Napoli 2 o suo delegato, da un Dirigente Medico, nonché dal Responsabile dell'Ufficio Personale dell'Azienda Sanitaria Napoli 2 o suo delegato, che svolgerà le funzioni di segretario verbalizzante. La Commissione, sulla base dei titoli prodotti e della prova colloquio, formulerà e proporrà al Direttore Generale la graduatoria degli idonei.

L'incarico avrà la durata di dodici mesi a partire dal giorno indicato nel contratto, con possibilità di rinnovo per un altro anno. L'incarico cessa, senza che sia necessario avviso o disdetta, alla scadenza del periodo previsto per la durata del contratto. L'incarico cessa, altresì, in tutti i casi in cui, per qualsiasi motivo, il consulente interrompa la propria attività.

L'incarico, da svolgersi presso strutture sanitarie dell'Azienda Napoli 2 nonché presso le sedi di vita quotidiana e di inserimento scolastico del minore, ha ad oggetto prestazioni d'opera consistenti nello svolgimento di attività assistenziali specialistiche nel settore per il quale è stato conferito l'incarico stesso;

Il prestatore d'opera avrà diritto ai sottoelencati compensi annui lordi:

q per i professionisti in possesso di laurea di 1° livello di terapeuta della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva di cui alla Selezione Cod. A e di laurea di 1° livello in Logopedia di cui alla Selezione Cod.B.:

- Euro 24.000,00 (ventiquattromila) annui oltre IVA se dovuta, a fronte di un impegno di trentacinque ore settimanali di prestazione. Il compenso verrà corrisposto in dodici rate mensili posticipate di Euro 2.000,00 (duemila) ciascuno, al lordo delle ritenute e al netto dei contributi da versare alla gestione separata INPS, ove dovuti. Il pagamento avverrà, previa presentazione di nota o fattura, accompagnata da attestazione rilasciata dal Responsabile del Servizio, in merito alla puntuale e regolare attività resa, nel rispetto dei dettami contrattuali.

Lo svolgimento dell'incarico prevede prestazioni da rendersi in ore diurne (prevalentemente post-meridiane), in giorni feriali e festivi, secondo le esigenze della Struttura.

Soltanto per limitate ed eccezionali esigenze, documentate dal Responsabile del Servizio e previamente autorizzate dal Direttore del Dipartimento Materno-Infantile e dal Direttore del Distretto Sanitario 55, potranno essere richieste ulteriori prestazioni professionali che verranno remunerate secondo le ore impiegate ed applicando il parametro di cui sopra.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 si riserva:

- la facoltà di recedere dal contratto - con preavviso di trenta giorni - nel caso in cui, su conforme parere del Direttore del Dipartimento Materno Infantile e del Direttore del Distretto Sanitario 55, dovesse ritenere che sono venute meno le esigenze di servizio che hanno determinato il bando per il conferimento dello specifico incarico;

- la facoltà di recedere dal contratto - con preavviso di trenta giorni - nel caso in cui il collaboratore non renda le prestazioni oggetto dell'incarico, le renda solo in parte, ovvero le renda in modo non coerente con la natura e l'oggetto dell'incarico.

Il recesso dà luogo al compenso per le prestazioni regolarmente rese;

Il prestatore d'opera è obbligato a depositare copia della polizza assicurativa stipulata per Responsabilità Civile, in relazione al rapporto di collaborazione instaurato con il contratto in parola, all'atto della sottoscrizione del contratto stesso.

Il Direttore Generale F.F.
Dr. Antonio Cinque

(Allegato A)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 D.P.R. 445/2000)

__l__ sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____, residente a _____ in via _____ n. _____ C.A.P. _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

DATA _____

IL DICHIARANTE

(Allegato B)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ART.46 D.P.R. 445/2000)

__l__ sottoscritt_ _____ nat_ _____

a _____ il _____, residente a _____

in via _____ n. _____ C.A.P. _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

DATA _____

IL DICHIARANTE