

**AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 5 - 80053 Cmare di Stabia (Prov. di Napoli) - C/so A.De Gasperi 167 - Pubblicazione di turni vacanti di Psicologia Ambulatoriale con specializzazione in Psicoterapia, per complessive 165 ore settimanali con un numero di accessi da concordare con la Direzione Sanitaria.**

#### L'AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 5

Rende nota la pubblicazione di 15 ore settimanali presso ogni distretto della ASL di Psicologia Ambulatoriale con laurea in Psicologia e con specializzazione in psicoterapia, per un totale complessivo di 165 ore settimanali con turni da concordare, ai sensi dell'art. 23 comma 10 del Nuovo Accordo collettivo nazionale della Specialistica Ambulatoriale

Che la conferenza Permanente Stato - Regioni ha sancito con intesa Del 23 marzo 2005.

I professionisti interessati a ricoprire gli incarichi, a tempo determinato ai sensi del predetto articolo, devono inoltrare, **entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BURC** dell'avviso stesso, a mezzo A.R., apposita domanda conforme all'allegato A e corredata del foglio notizie allegato B ( parte seconda) del predetto accordo compilato in ogni singola parte di specifico interesse.

La domanda deve essere presentata in carta semplice, mentre la documentazione allegata può essere prodotta in originale o in copia legale ovvero autenticata ai sensi dell'art 47 DPR 445/00 ovvero autocertificata nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Alla scadenza del termine di presentazione della domanda, pena la nullità della stessa, devono essere iscritti al relativo Albo Professionale.

La domanda deve essere indirizzata all'Ufficio Psicologi ambulatoriali della Regione Campania Isola C3-Centro Direzionale Napoli.

Il Direttore Resp.le AA.GG  
*Dott. Giuseppe Corcione*

Il Direttore Generale  
*Dott. Roberto Aponte*

#### ALLEGATO A

Raccomandata A.R.

**OGGETTO:** Domanda di partecipazione al conferimento dell'incarico a tempo determinato in qualità di Psicologo ambulatoriale presso l'ASL NA/5 ai sensi dell'Art. 23, comma 10, del nuovo accordo collettivo nazionale della specialistica ambulatoriale

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (Prov.di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

laureato in Psicologia il \_\_\_\_\_

c/o \_\_\_\_\_

iscritto all'Ordine degli Psicologi della

Regione \_\_\_\_\_

Specializzazione conseguita il \_\_\_\_\_ C/O \_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare al conferimento dell'incarico a tempo determinato in qualità di Psicologo ambulatoriale spe-

cializzazione in psicoterapia c/o l'ASL NA/5.

A tal fine dichiara di essere in possesso dei titoli e requisiti richiesti ed acclude idonea documentazione in originale o copia autenticata come da bando.

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