AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 4 - 80038 Pomigliano D'Arco - **Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarichi di prestazione professionale, ai sensi dell'art.7, comma 6, del D.L.vo 165/2001 e degli artt. 2222 e segg. del C.C.**

In esecuzione della deliberazione n.280 del 02/03/2007, è indetto, ai sensi dell'art.7, comma 6, del D.L.vo 165/2001 e degli artt.2222 e segg. del C.C., avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento dei seguenti incarichi di prestazione professionale, della durata di mesi ventiquattro, rinnovabili, finalizzati alla realizzazione di vari progetti del Servizio Fasce Deboli, con l'impegno orario settimanale precisato per ciascun profilo:

n. 1 Farmacista - disciplina Farmaceutica Territoriale .. ore 36

n. 1 Medico - disciplina Medicina Interna ..... ore 36

n. 2 Psicologi ..... ore 36

n. 1 Sociologo ..... ore 30

n.12 Infermieri ..... ore 36

n. 1 Tecnico sanitario di laboratorio Biomedico ..... ore 30

n. 2 Assistenti sociali ..... ore 36

n. 7 Fisioterapisti ..... ore 36

n. 1 Dietista ..... ore 36

n. 4 Operatori socio sanitari ..... ore 36

1 - Requisiti generali di ammissione

Possono partecipare all'avviso coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti generali e di quelli specifici indicati al successivo punto 2:

a) cittadinanza italiana, salvo le equiparazioni previste dalle leggi vigenti, ovvero cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;

b) idoneità fisica all'impiego;

c) insussistenza di altri rapporti di lavoro dipendente (pubblico o privato), di altri rapporti convenzionali, di titolarità di imprese o di compartecipazione in quote di imprese;

d) patente di guida per autoveicoli.

Non possono essere ammessi all'avviso pubblico coloro che sono esclusi dall'elettorato attivo o che sono stati destituiti o dispensati dall'impiego presso pubbliche amministrazioni.

2 - Requisiti specifici di ammissione

A - Titolo di studio specifico per ciascun profilo:

* per Farmacista: Laurea in Farmacia e Specializzazione in Farmaceutica Territoriale;

* per Medico: Laurea in Medicina e Chirurgia e Specializzazione in Medicina Interna;

* per Psicologo: Laurea in Psicologia;

* per Sociologo: Laurea in Sociologia o in Scienze Politiche ad indirizzo politico-sociale (sociologico);

* per Infermiere, Tecnico sanitario di laboratorio Biomedico, Assistente sociale, Fisioterapista e Dietista: diploma di abilitazione alla specifica professione previsto dalla vigente legislazione;

* per Operatore socio sanitario: specifico titolo conseguito a seguito di superamento del corso di formazione di durata annuale;

B - Iscrizione all'Albo professionale, ove previsto.

3 - Domande di ammissione

Le domande di ammissione all'avviso pubblico, in carta semplice, devono essere dirette alla Commissione Straordinaria dell'ASL Napoli 4, Via Nazionale delle Puglie, insediamento legge 219, 80038 Pomigliano d'Arco.

Nella domanda i candidati dovranno dicharare:

a) cognome e nome, data e luogo di nascita, residenza;

b) possesso della patente di guida per autoveicoli;

c) possesso della cittadinanza italiana, ovvero situazione di cui al punto a) dei Requisiti generali di ammissione;

d) il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;

e) le eventuali condanne penali riportate, ovvero di non aver riportato condanne penali;

f) i titoli di studio posseduti ed i requisiti specifici di ammissione;

g) la posizione nei riguardi degli obblighi militari;

h) i servizi prestati con rapporto di impiego presso pubbliche amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego, ovvero di non aver mai prestato servizio presso pubbliche amministrazioni;

i) l'insussistenza di altri rapporti di lavoro dipendente (pubblico o privato), di altri rapporti convenzionali, di titolarità di imprese o di compartecipazione in quote di imprese;

j) il domicilio presso il quale deve essere fatta al candidato ogni necessaria comunicazione relativa all'avviso.

4 - Documentazione da allegare alla domanda

Alla domanda di partecipazione - alla quale è possibile allegare qualsiasi documento ritenuto utile - i candidati devono allegare:

1- Titolo di studio richiesto;

2- Iscrizione all'Albo professionale, ove previsto;

3- Fotocopia della patente di guida per autoveicoli;

4- Curriculum formativo e professionale datato e firmato;

5- Elenco, datato e firmato, in triplice copia, dei documenti allegati alla domanda.

Tutti i titoli e i documenti allegati dovranno essere prodotti in originale o in copia legale ovvero autocertificati ai sensi del DPR 445/2000, con avvertenza che la validità delle autocertificazioni è subordinata alla puntuale dichiarazione da parte del candidato di tutti gli elementi contenuti nel titolo o documento in originale (ad esempio, nel caso del titolo di studio è indispensabile dichiarare denominazione e sede dell'istituto, esatta denominazione del titolo conseguito e data di conseguimento). Le pubblicazioni, edite a stampa, devono essere prodotte in originale o copia autenticata.

5 - Modalità e termine per la presentazione delle domande

La domanda e la documentazione allegata alla stessa devono essere inoltrate esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento del Servizio Postale Pubblico al seguente indirizzo: Aziena Sanitaria Locale Napoli 4, Via Nazionale delle Puglie, Insediamento legge 219, 80038 Pomigliano d'Arco. Sulla busta il candidato dovrà altresì precisare la dicitura PROGETTI FASCE DEBOLI ed il profilo per il quale intende partecipare (ad esempio Domanda avviso pubblico per Fisioterapista).

Le domande devono pervenire, a pena di esclusione, **entro il 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania**. Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo. A tal fine fanno fede il timbro e la data dell'Ufficio Postale accettante. Il termine fissato per la presentazione delle domande è perentorio. La eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti.

6 - Formazione della graduatoria

Per ciascun profilo professionale sarà nominata dalla Commissione Straordinaria dell'Asl un'apposita Commissione esaminatrice che procederà:

* alla valutazione dei titoli prodotti o formalmente dichiarati dai candidati;

* ad invitare i candidati, a mezzo raccomandata A.R. con un preavviso di almeno 15 giorni, a sostenere un colloquio tendente a verificare: specifica qualificazione professionale raggiunta, comunicatività e disponibilità nel rapporto con il paziente, capacità di adattamento al lavoro di équipe ed alla assistenza domiciliare.

La Commissione dispone di complessivi 50 punti: 30 punti per i titoli e 20 punti per il colloquio. I punti per la valutazione dei titoli sono ripartiti fra le seguenti categorie: 10 punti per i titoli di carriera, 5 punti per i titoli accademici e di studio, 5 punti per le pubblicazioni, 10 punti per l'attività di insegnamento, di formazione e di aggiornamento.

La mancata presentazione del candidato al colloquio verrà considerata rinunzia alla procedura selettiva..

La valutazione complessiva dei candidati, e quindi la graduatoria, sarà determinata dalla somma del voto conseguito nella valutazione dei titoli al voto riportato nel colloquio. La graduatoria sarà approvata con provvedimento della Commissione Straordinaria dell'Asl.

7 - Adempimenti e contratto individuale

I candidati che risulteranno utilmente collocati in graduatoria saranno invitati, in ordine di graduatoria, ad ottemperare agli adempimenti di seguito precisati, tutti preliminari alla sottoscrizione del contratto individuale di prestazione d'opera professionale:

1) a produrre certificato di idoneità fisica all'impiego, rilasciata dal Distretto Sanitario competente per territorio di residenza del candidato;

2) a munirsi di Partita IVA;

3) a stipulare, a loro spese, idonea polizza assicurativa con primaria società per la copertura dei rischi derivanti da infortuni professionali ed extra-professionali con un massimale non inferiore ad euro 55.000,00 (cinquantacinquemilaeuro), nonché per responsabilità civile per danni causati a terzi o a beni dell'Azienda nello svolgimento dell'attività professionale con un massimale non inferiore ad euro 100.000,00 (centomilaeuro).

8 - Compenso

Il compenso orario è fissato in euro 17,00 (diciassetteeuro) per le figure professionali di Farmacista, Psicologo e Sociologo, in euro 9,00 (noveeuro) per il profilo di Operatore socio sanitario ed in euro 12,00 (dodicieuro) per le restanti professionalità. Per tutti gli operatori indistintamente è prevista una indennità di reperibilità pari ad euro 20,65 per 12 ore nei giorni festivi, nonché il rimborso chilometrico delle spese di viaggio, riferibili esclusivamente all'assistenza domiciliare e solo per i chilometri eccedenti i primi 50, che rientrano nel compenso orario come sopra fissato.

Saranno a carico dell'Azienda - con impegno al conto relativo ai piani finanziari dei vari progetti del Servizio Fasce Deboli - l'I.V.A. ed il contributo C.P.A. se dovuto.

9 - Risoluzione del rapporto

Il rapporto di prestazione d'opera - che può risolversi in qualsiasi momento laddove lo impongano esigenze di interesse pubblico - si risolve comunque automaticamente, senza diritto al preavviso, allo scadere di mesi ventiquattro. Lo stesso rapporto sarà risolto, inoltre, in caso di assenza ingiustificata dell'operatore per un periodo superiore a cinque giorni consecutivi.

Infine, il rapporto di prestazione d'opera insorto per effetto del presente bando in nessun caso può configurarsi come rapporto di pubblico impiego, né trasformarsi in rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno contattare telefonicamente il Settore Procedure Concorsuali di questa Azienda (081-3173052, 3173093, 3173094).

La Commissione Straordinaria

Allegato A) - Schema di domanda (Fac simile)

Alla Commissione Straordinaria dell'ASL Napoli 4

Via Nazionale delle Puglie

80038 Pomigliano d'Arco

Il/la sottoscritto/a_____, nat__ a _____ il _____ e residente in _____ Via _____ n. ___ c.a.p. _____,

chiede di essere ammess__ all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarico di prestazione professionale della durata di mesi ventiquattro, rinnovabile, per il profilo professionale _____ con impegno orario settimanale di ore ___.

Dichiara, sotto la propria responsabilità:

1) di essere cittadin__ italian__, ovvero _____;

2) di essere iscritt__ nelle liste elettorali del Comune di _____ ;

3) di essere in possesso della patente di guida per autoveicoli;

4) di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso, ovvero, di aver riportato le seguenti condanne:_____;

5) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione: ____ ;

6) di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione:___ ;

7) di avere prestato i seguenti servizi, con rapporto di impiego, presso pubbliche amministrazioni:_____ ;

8) di non essere stat_ destituit_ o dispensat_ dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, né è stat_ dichiarat_ decadut_ da altro impiego statale;

9) di essere in possesso dei seguenti titoli che conferiscono il diritto di precedenza o preferenza dell'incarico a parità di punteggio nella graduatoria;

10) di non avere altri rapporti di lavoro dipendente (pubblico o privato);

11) di non avere altri rapporti di lavoro in regime di convenzione;

12) di non essere titolare di imprese, né di avere compartecipazione in quote di imprese;

13) di autorizzare, ai sensi della vigente normativa, l'Asl Napoli 4 al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente nell'ambito dello svolgimento dell'avviso pubblico e nell'eventuale instaurazione del rapporto di prestazione professionale per le finalità espresse dal bando della procedura selettiva.

Chiede che tutte le comunicazioni relative al presente avviso siano recapitate al seguente indirizzo:_____

Data _____ Firma _____

Allegato B)

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(art.46 del DPR 445/2000)

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE
DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art.47 del DPR 445/2000)

...l... sottoscritt.. ..... nat.. a ..... il ..... codice fiscale ....., residente a ..... provincia ..... indirizzo..... cap ..... tel. ....., consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara: .....

luogo e data ..... Il dichiarante

(La firma deve essere per esteso e leggibile)

Il presente modulo deve essere compilato con chiarezza e precisione. Per la conformità all'originale è ne-

cessario identificare il documento a cui il candidato si riferisce, in particolare modo se la dichiarazione è cumulativa.

(Allegare fotocopia di valido documento di identità personale)