

Il presente bando è stato affisso all'Albo Pretorio dell'Azienda il 06/08/2015 e pubblicato in pari data sul sito internet istituzionale www.ospedalideicolli.it nella sezione Concorsi e Borse di studio.

Avviso

Procedura Comparativa per il conferimento di incarico professionale di collaborazione di natura autonoma con impegno orario pari a complessive n. 100 ore per n. 1 laureato e/o diplomato fisioterapista, finalizzato alla realizzazione dell'intervento sperimentale n. 6 "Interventi mirati alla conciliazione dei tempi – Azione "Anziani" rientrante nel Progetto Work Life Balance finanziato a valere sul Programma Operativo Regionale del Fondo europeo di sviluppo regionale, nell'ambito degli Accordi territoriali di genere" P.O.R. FSE Campania 2007-13, Asse II, obiettivo specifico f), obiettivo operativo 2 (CUP B69G13001080007).

In conformità con il Regolamento aziendale disciplinante le modalità di conferimento, mediante procedura comparativa, di incarichi professionali di lavoro autonomo, si rende noto che l'Azienda Ospedaliera Specialistica dei Colli di Napoli, beneficiaria nonché capofila dell'Accordo di Rete relativo al progetto *Work Life Balance* finanziato a valere sul POR Campania FSE 2007-2013, Asse II Obiettivo Operativo f 2) e sul Piano straordinario di intervento per lo sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio-educativi, articolato in sette interventi sperimentali, ha indetto, giusta deliberazione n 755 del 05/08/2015, Procedura Comparativa per il conferimento, tra gli altri, di n. 1 incarico professionale, con impegno orario pari a complessive n. 100 ore, a n. 1 laureato e/o diplomato fisioterapista, avente natura autonoma di collaborazione alla stregua dell'art. 2222 e ss c.c. in tema di contratto d'opera in combinato disposto con l'art. 409 c.p.c., per quanto d'interesse, finalizzato alla realizzazione dell'intervento sperimentale n. 6 "Interventi mirati alla conciliazione dei tempi – Azione "Anziani".

REQUISITI DI AMMISSIONE

Possono partecipare alla Procedura Comparativa coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- a) cittadinanza Italiana o di uno degli Stati membri dell'U.E.;
- b) godimento dei diritti civili e politici;
- c) assenza di condanne penali;
- d) laurea o diploma di abilitazione alla specifica professione di fisioterapista prevista dalla legislazione nel tempo vigente;
- e) iscrizione all'albo professionale, laddove previsto;
- f) idoneità fisica specifica alle funzioni da assolvere (da rilasciare a cura del competente Medico Competente prima dell'eventuale immissione).

Tutti i requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine per la presentazione delle domande di ammissione, stabilito dal presente bando

PRESENTAZIONE E TERMINI di SCADENZA delle DOMANDE

La domanda di ammissione e la documentazione ad essa allegata deve essere indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Specialistica dei Colli, alla Via L. Bianchi s.n.c., CAP 80131 Napoli, in plico chiuso, per posta, mediante raccomandata a.r. esclusivamente a mezzo del "Servizio Postale Italiano", oppure a mano, presso l'Ufficio Protocollo Generale nella sede legale dell'Azienda, dal Lunedì al Venerdì, feriali, orari d'ufficio, ovvero mediante pec al seguente indirizzo: ospedalideicolli@pec.it; la validità della trasmissione e ricezione del messaggio di posta elettronica certificata è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna.

Sul plico, deve essere indicato: Cognome, Nome e domicilio del candidato nonché la procedura Comparativa di cui al presente bando.

La domanda di partecipazione, con la relativa documentazione allegata, deve pervenire, nei modi di cui sopra, pena l'esclusione dalle procedure di selezione, **entro le ore dodici del quindicesimo giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bando presso l'Albo Pretorio Aziendale e sul sito web aziendale.**

Qualora detto giorno sia festivo o non lavorativo, il termine di cui innanzi è prorogato alla stessa ora del primo giorno successivo lavorativo. La domanda e la documentazione ad essa acclusa, inviata nei modi di cui sopra, si considera prodotta in tempo utile qualora risulti acquisita al protocollo generale aziendale entro il termine di scadenza sopra stabilito. Non saranno, pertanto, ammessi quei

candidati le cui domande perverranno oltre il termine di scadenza del bando per qualsiasi causa, non esclusi la forza maggiore od il fatto di terzi. L'Azienda declina ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato, ovvero da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo rispetto a quello indicato, dallo stesso, nella domanda, ancorché per eventuali disguidi postali o telegrafici e/o, ancora, a caso fortuito e/o forza maggiore non imputabili a colpa dell'Azienda. L'Azienda, inoltre, non assume alcuna responsabilità né per eventuali ritardi e/o disguidi postali o telegrafici delle proprie comunicazioni ai candidati, né per il caso di mancato o ritardato recapito di comunicazioni dirette ai candidati.

Il termine fissato per la presentazione delle domande di partecipazione è perentorio e l'eventuale riserva di invio successivo di documenti e/o titoli è privo di effetti sia per l'ammissione che per la valutazione alla selezione di cui al presente bando.

DOMANDA DI AMMISSIONE

Nella domanda di ammissione, sottoscritta senza l'autenticazione della firma ex art. 39 del D.P.R. 445/2000, redatta in carta semplice secondo l'allegato schema (1), pena l'esclusione dalle procedura selettiva, il candidato, consapevole delle responsabilità penali cui incorre in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o di formazione di atti falsi – giusta art. 76 del DPR 445/2000 – nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in forza di dichiarazione non veritiera – giusta art. 75 DPR 445/2000 – sotto la propria personale responsabilità deve dichiarare, ai sensi di quanto disposto in materia dall'art. 46 del DPR n. 445 del 28/12/2000:

- a)** cognome e nome;
- b)** data, luogo di nascita e residenza;
- c)** il possesso della cittadinanza italiana o equivalenti;
- 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 - in caso negativo, dichiarare espressamente l'assenza;
- f)** la posizione nei riguardi degli obblighi militari di leva;
- g)** laurea o diploma di abilitazione alla specifica professione di fisioterapista prevista dalla legislazione nel tempo vigente in _____, conseguita/o presso

_____ di _____ in data _____ con voti _____;

- h)** iscrizione all'Albo Professionale _____ n. _____ dal _____, laddove previsto;
- i)** i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione di tali rapporti di pubblico impiego, con contestuale indicazione dell'Amministrazione presso cui si sono espletati gli eventuali periodi di servizio, del periodo di riferimento, della tipologia contrattuale e/o di incarico ricoperto;
- j)** l'esperienza professionale già maturata con indicazione dell'incarico ricoperto e delle peculiarità dell'attività professionale espletata;
- k)** eventuali titoli che danno luogo a precedenza o a preferenza a parità di punteggio.
- l)** di essere consapevole che la collaborazione in parola è da considerarsi quale prestazione di lavoro autonomo con carattere prevalentemente personale e senza vincolo di subordinazione finalizzata alla realizzazione dell'intervento sperimentale *n. 6 "Interventi mirati alla conciliazione dei tempi – Azione "Anziani"*, di cui al presente bando;
- m)** il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione riguardante la procedura selettiva. In caso di mancata indicazione, vale, ad ogni effetto, la residenza già indicata nella domanda. Per le attività procedurali propedeutiche alla nomina del vincitore della presente procedura comparativa, al candidato è fatto obbligo, altresì, di comunicare, tempestivamente, ogni cambiamento di indirizzo; detta comunicazione tempestiva va fatta al Settore Procedure Concorsuali dell'Azienda, che non assume alcuna responsabilità nel caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato nell'istanza di partecipazione.
- n)** L'assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura comparativa, ex D.Lgs n. 196/2003.

L'omissione, anche parziale, di una delle dichiarazioni succitate o la mancata sottoscrizione della domanda di partecipazione alla procedura ne comportano l'esclusione.

Tutti i requisiti di ammissione di cui al presente bando devono essere posseduti alla data di scadenza del termine di presentazione delle domande di partecipazione.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- a) Curriculum formativo e professionale, in carta semplice, datato e firmato, nonché debitamente documentato secondo le modalità indicate dal presente bando; del curriculum formativo e professionale saranno valutate le attività professionali e di studio, formalmente documentate, non riferibili a titoli già valutati diversamente.
- b) Certificazioni di servizi prestati, resi anche mediante autocertificazione ai sensi della vigente normativa in materia, con espressa indicazione dell'Amministrazione presso cui si è espletata l'attività, del profilo professionale / qualifica rivestita, del periodo di durata e dell'oggetto dell'attività, della causa della cessazione dell'incarico, da poter produrre anche mediante l'ausilio dello schema **allegato (3)**;
- c) Ogni altro titolo di merito che il candidato ritenga opportuno allegare ai fini della valutazione.
- d) La dichiarazione dell'atto di autenticità delle copie dei documenti e titoli, presentati in allegato alla domanda di partecipazione. La dichiarazione dell'atto di autenticità deve essere formulata conformemente allo schema **allegato (2)** al presente bando e deve essere accompagnata da copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità o di riconoscimento, previsto dagli artt. 1 e 35 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni;
- e) Elenco, datato e firmato, dei documenti e titoli presentati, redatto in carta semplice ed in triplice copia.

Non è ammesso alcun riferimento a documentazione esibita per la partecipazione ad altre procedure concorsuali, anche precedenti e, comunque, esistente agli atti dell'Azienda Ospedaliera.

Non saranno valutati titoli e autocertificazioni presentati oltre il termine di scadenza del presente bando.

COMMISSIONE ESAMINATRICE.

Il Direttore Generale, dopo la scadenza del bando di concorso nominerà la commissione esaminatrice composta in analogia con quanto disposto dalla normativa di riferimento, con particolare riferimento alla finalità del progetto ed alle peculiarità delle figure da reclutare.

MODALITA' della PROCEDURA e CRITERI di VALUTAZIONE

La Commissione, ai fini dell'espletamento della procedura, in analogia con i criteri e le norme dettate in materia concorsuale, effettuerà altresì una selezione per soli titoli disponendo complessivamente di:

- a) 20 punti per i titoli;

I punti per la valutazione dei titoli saranno così ripartiti fra le seguenti categorie:

- | | |
|---|-----------|
| a) titoli di carriera | punti 10; |
| b) titoli accademici e di studio | punti 3; |
| c) pubblicazioni e titoli scientifici | punti 3; |
| d) curriculum formativo e professionale | punti 4. |

Per la valutazione dei titoli la commissione valuterà in ispecie:

- per i titoli di carriera:
 - a)** esperienza qualificata già acquisita nell'attività oggetto del presente bando in ambito geriatrico;
 - b)** esperienza generale in attività afferenti o similari a quella da realizzare;
 - c)** esperienza professionale e formativa generica realizzata in complesso.
- per le pubblicazioni ed i titoli scientifici:

la valutazione delle pubblicazioni sarà adeguatamente motivata, in relazione alla originalità della produzione scientifica, all'importanza delle riviste, alla continuità ed ai contenuti dei singoli lavori, al grado di attinenza dei lavori stessi con la posizione funzionale da conferire, all'eventuale collaborazione di più autori;
- per il curriculum formativo e professionale:

saranno valutate le attività professionali e di studio, formalmente documentate, non riferibili ai titoli già valutati nelle precedenti categorie, idonee ad evidenziare, ulteriormente, il livello di qualificazione professionale acquisito nell'arco della intera carriera e specifiche rispetto alla posizione funzionale da conferire, nonché gli incarichi di insegnamento conferiti da enti e/o la partecipazione a congressi, convegni o seminari con finalità di formazione o aggiornamento professionale e avanzamento di ricerca scientifica.

All'esito della procedura sarà definita una graduatoria di idonei formata secondo l'ordine dei punti della votazione complessiva riportata da ciascun candidato, con conseguente nomina a vincitore del candidato utilmente collocato al primo posto nella graduatoria di che trattasi.

La graduatoria sarà pubblicata sul sito ufficiale aziendale www.ospedalideicolli.it, nella sezione concorsi e borse di studio, con valenza di notifica agli interessati.

CONFERIMENTO INCARICO

All'esito della formalizzazione della graduatoria, il solo candidato dichiarato vincitore sarà invitato ai fini della stipula del contratto individuale, a presentare, nel termine e con le modalità stabilite con separato atto la documentazione e le dichiarazioni ivi indicate, a pena di decadenza nei diritti conseguenti alla partecipazione allo stesso.

L'Amministrazione, verificata la sussistenza dei requisiti, procederà all'accertamento dell'idoneità fisica alle prestazioni da rendere e procederà, in presenza di idoneità, alla stipula del contratto nel quale sarà indicata la data di inizio della collaborazione.

Il contratto di collaborazione sarà stipulato con le seguenti caratteristiche e requisiti peculiari:

- la descrizione delle prestazioni e delle modalità di svolgimento nell'ambito delle ore previste;
- la correlazione tra le attività / prestazioni e il progetto o programma da realizzare;
- le responsabilità del collaboratore in relazione alla realizzazione degli obiettivi dell'intervento;
- l'obbligo di copertura assicurativa con indicazione dei massimali per l'attività da espletare;
- i profili inerenti la proprietà dei risultati;
- i profili economici e previdenziali;
- la durata del contratto;
- le modalità di interazione operativa tra amministrazione e collaboratore;
- ulteriori elementi regolativi del rapporto.

ELEMENTI della PRESTAZIONE

La prestazione sarà resa sotto la responsabilità del Direttore dell'intervento sperimentale interessato rientrante nel Progetto Work Life Balance finanziato a valere sul Programma Operativo Regionale del Fondo europeo di sviluppo regionale, nell'ambito degli Accordi territoriali di genere" P.O.R. FSE Campania 2007-13, Asse II, obiettivo specifico f), obiettivo operativo 2 (CUP B69G13001080007).

La durata del contratto sarà pari alla realizzazione del progetto, con corresponsione del compenso pari ad €. 2.500,00 lordi onnicomprensivi degli o.r. e previdenziali a carico di entrambe le parti come per legge, in conformità con la presa d'atto della progettazione esecutiva e del relativo piano di finanziamento di cui alla nota prot. reg. n. 0807407 del 26.11.2013.

All'uopo si precisa che il compenso di cui innanzi sarà corrisposto secondo le modalità di erogazione del finanziamento regionale indicate all'art. 9 dell'Atto di concessione ATG stipulato e sottoscritto tra la Regione Campania e Ospedaliera Specialistica dei Colli nella qualità di Beneficiaria del progetto "Accordo Territoriale di Genere Work Life Balance" (prot. Regione Campania n. 2013.0875488 del 19.12.2013) che qui si intendono integralmente richiamate e riprodotte.

La collaborazione coordinata e continuativa sarà svolta con lavoro prevalentemente proprio e senza alcun vincolo di subordinazione nei confronti del committente in conformità con quanto all'uopo disposto dall'art. 2222 e ss c.c. in tema di contratto d'opera in combinato disposto con l'art. 409 c.p.c. per quanto d'interesse.

L'Amministrazione si riserva comunque la facoltà di modificare, sospendere e/o annullare la presente procedura in ottemperanza ad eventuali disposizioni regionali, dandone comunicazione agli interessati.

*Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Antonella Tropicano
per delega del
Direttore Generale
Dr. Antonio Giordano*

ALLEGATO (1)

FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale Azienda Ospedaliera Specialistica dei Coli, alla Via Leonardo Bianchi, s.n.c.,
in NAPOLI, c.a.p. 80131.

Il/La sottoscritto/a _____

chiede

di essere ammesso alla Procedura Comparativa per il conferimento di un incarico professionale di natura autonoma di collaborazione con impegno orario pari a complessive _____ ore per n. n. 1 laureato e/o diplomato fisioterapista, finalizzato alla realizzazione dell'intervento sperimentale n. 6 "Interventi mirati alla conciliazione dei tempi – Azione "Anziani", rientrante nel Progetto Work Life Balance finanziato a valere sul Programma Operativo Regionale del Fondo europeo di sviluppo regionale, nell'ambito degli Accordi territoriali di genere" P.O.R. FSE Campania 2007-13, Asse II, obiettivo specifico f), obiettivo operativo 2 (CUP B69G13001080007), il cui **Avviso** è stato affisso all'Albo Pretorio aziendale e pubblicato sul sito web aziendale in data _____.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui incorre in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o di formazione di atti falsi – giusta art. 76 del DPR 445/2000 – nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in forza di dichiarazione non veritiera – giusta art. 75 DPR 445/2000 – sotto la propria personale responsabilità, ai sensi di quanto disposto in materia dall'art. 46 del DPR n. 445 del 28/12/2000, dichiara:

- a) di essere nato/a il _____ in _____ e di essere residente _____ in _____ alla Via _____ n° _____ C.a.p. _____;
- b) di essere cittadino/a italiano/a (ovvero, in caso di equivalenza, indicare la propria posizione) ;
- c) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____; **(in caso di dichiarazione di non iscrizione o di cancellazione, indicarne i motivi) ;**
- d) di non aver riportato condanne penali; **(in caso di dichiarazione positiva, riportarle);**
- e) che la propria posizione nei riguardi degli obblighi militari di leva è la seguente: _____;
- f) di essere in possesso dei seguenti requisiti previsti dal bando:

- laurea o diploma di abilitazione alla specifica professione di fisioterapista prevista dalla legislazione nel tempo vigente in _____ conseguita presso _____ di _____ in data _____ con voti _____;
 - iscrizione all'albo professionale, laddove previsto;
- g)** di essere / non essere in possesso di eventuali titoli che danno luogo a precedenza o a preferenza a parità di punteggio;
- h)** di avere /non avere* prestato servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni per i periodi e con le qualifiche a fianco di ciascuna di esse segnato: _____
(indicare le cause di risoluzione del rapporto d'impiego);
- i)** di essere/ non essere* in possesso della seguente esperienza professionale già maturata nel ruolo e tipologia relativa alle prestazioni appresso indicate espletate presso le strutture e per i periodi parimenti indicati:
 _____;
- j)** di essere consapevole che la collaborazione in parola è da considerarsi quale prestazione di lavoro autonomo con carattere prevalentemente personale e senza vincolo di subordinazione, finalizzato alla realizzazione dell'intervento n. 6 "Interventi mirati alla conciliazione dei tempi – Azione "Anziani", di cui al presente bando;
- k)** che il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione riguardante l'Avviso Pubblico in parola è il seguente:
 Via/Corso _____ n. _____
 C.a.p. _____ Città _____ Telefono _____;
- l)** di autorizzare il trattamento dei propri dati personali per le finalità di gestione della procedura, ex D. Lgvo 196/2003, per tutti gli aspetti contabili ed amministrativi relativi agli incarichi di collaborazione coordinata e continuativa.

Data _____ Firma _____

***Depennare / indicare ciò che interessa.**

ALLEGATO (2)

DICHIARAZIONE AUTENTICITA' COPIE FOTOSTATICHE DOCUMENTI e TITOLI PRESENTATI in ALLEGATO alla DOMANDA di PARTECIPAZIONE .

Il/La sottoscritto/a _____, - documento di identità / riconoscimento * n° _____, rilasciato da _____ il _____, allegato in fotocopia non autenticata alla presente, ai sensi di quanto disposto in materia dal DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, sotto la propria personale responsabilità

dichiara

che tutti i documenti e titoli presentati, in fotocopia e di cui al prescritto elenco documenti, allegati alla domanda di partecipazione alla Procedura Comparativa per il conferimento di un incarico professionale di collaborazione di natura autonoma con impegno orario pari a complessive _____ ore per n. _____ fisioterapista, finalizzato alla realizzazione dell'intervento sperimentale n. 6 "Interventi mirati alla conciliazione dei tempi – Azione "Anziani" rientrante nel Progetto Work Life Balance finanziato a valere sul Programma Operativo Regionale del Fondo europeo di sviluppo regionale, nell'ambito degli Accordi territoriali di genere" P.O.R. FSE Campania 2007-13, Asse II, obiettivo specifico f), obiettivo operativo 2 (CUP B69G13001080007) sono conformi all'originale.

Data _____ Firma _____

ALLEGATO (3)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____ residente in _____ (Provincia _____) alla Via _____, n. _____,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle responsabilità penali e della possibilità di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di documenti e titoli falsi ovvero di formazione di atti falsi, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver prestato servizio alle dipendenze

☐ Pubblica Amministrazione ☐ Privati

- Denominazione _____
- Indirizzo _____
- Qualifica _____
- Disciplina _____
- Periodo dal _____ al _____
- Tipologia rapporto / incarico _____
- Ore settimanali _____
- Eventuale periodo aspettativa dal _____ al _____
- Motivi di eventuale cessazione _____

Si allega copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità.

Data _____

Firma _____