

Allegato 1

AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO DI LAVORO AUTONOMO PER LA FIGURA DI TERAPISTA OCCUPAZIONALE – CODICE DI RIFERIMENTO DA INDICARE NELLA DOMANDA: LPTEROCC2024

Questa Azienda USL Toscana Nord Ovest ha necessità di disporre della seguente figura professionale: TERAPISTA OCCUPAZIONALE

DURATA: mesi 18, salvo proroghe previste per legge

IMPEGNO ORARIO: max 36 ore settimanali

AMBITO TERRITORIALE: Ospedale Versilia - Zona Versilia.

COMPENSO LORDO ONNICOMPENSIVO: 23 euro l'ora.

(Deliberazione del Direttore Generale n.353 del 17/04/2024)

Requisiti richiesti:

1. titolo di studio: Laurea triennale appartenente alla classe delle Lauree in Professioni Sanitarie della Riabilitazione L/SNT2 del D.M. n. 136 del Ministero della sanità 17 gennaio 1997 e successive modificazioni ed integrazioni;
2. conoscenza della lingua INGLESE scritta e parlata.
3. Comprovata esperienza nell'utilizzazione di tecnologie avanzate in riabilitazione

In caso di attribuzione dell' incarico di lavoro autonomo il professionista dovrà:

- aprire partita IVA;
- stipulare assicurazione infortuni;
- stipulare assicurazione responsabilità civile.

Gli interessati devono far pervenire la propria candidatura, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e corredata, necessariamente, di curriculum formativo e professionale stampato con inchiostro nero e - PENA ESCLUSIONE - redatto su conforme modello europeo, datato e firmato, all'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest - Via COCCHI, 7/9 - 56121 PISA, entro il termine perentorio del

22 MAGGIO 2024

Alla domanda deve essere altresì allegata - PENA ESCLUSIONE - copia non autenticata di un valido documento di identità.

Le domande si considerano prodotte in tempo utile:

➤Se inviate entro il termine di scadenza tramite casella di posta Elettronica Certificata (PEC) – intestata al candidato – *esclusivamente in un unico file formato PDF* – al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

N.B. si sottolinea l'importanza di specificare il codice avviso LPTEROCC2024 nell'oggetto della domanda e in particolare nell'oggetto del messaggio di trasmissione in caso di invio della stessa per posta elettronica certificata: l'Amministrazione declina sin da ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente dalla mancata o errata indicazione del codice di riferimento, ovvero da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante, da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato o per eventuali

Azienda Usl
Toscana nord
ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA:
02198590503

disguidi postali non imputabili all'amministrazione stessa. L'Amministrazione provvederà ad una valutazione comparativa dei curricula pervenuti (formato europeo) tenuto conto della formazione ed esperienza acquisita nel campo specifico, oltre a formazione accademica - attività professionali - attività formative, di studio e aggiornamento - attività didattica - attività scientifica.

I candidati in possesso di curriculum che risponda preliminarmente alla professionalità richiesta potranno essere invitati ad un colloquio individuale di approfondimento. La data dell'eventuale colloquio, nonché l'esito della procedura, saranno resi noti esclusivamente mediante pubblicazione sul sito ufficiale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest nella sezione "bandi e concorsi".

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento alla normativa vigente. L'Amministrazione si riserva la facoltà di procedere o meno all'effettiva attribuzione dell'incarico individuale, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità a suo insindacabile giudizio.

Per eventuali informazioni: Ufficio Assunzioni e Mobilità - U.O.C. Politiche delle Risorse Umane, Assunzioni e Rapporti con Estar – 0585/657773 - 657596.

Pisa, 08/05/2024

F.to IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Maria Letizia Casani

Azienda Usl
Toscana nord
ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA:
02198590503

Fac-simile di domanda

All'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest
Via Cocchi n. 7/9
56121 PISA

Oggetto: domanda di ammissione alla procedura comparativa per l'attribuzione di n. 1 incarico di lavoro autonomo PER LA FIGURA DI TERAPISTA OCCUPAZIONALE – codice avviso LPTEROCC2024

Il/La sottoscritto/a _____
chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione di un incarico individuale per il profilo professionale di Terapista Occupazionale di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 353 del 17/04/2024

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., dichiara sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni non veritieri:

1. di essere nato a _____ il _____ e di risiedere attualmente a _____ in Via _____ n._____;
2. di essere in possesso della cittadinanza _____⁽¹⁾;
3. di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____⁽²⁾;
4. di avere il seguente codice fiscale _____;
5. di provvedere in caso di attribuzione dell'incarico di lavoro autonomo a:
-aprire partita iva
-stipulare assicurazione infortuno
-stipulare assicurazione responsabilità civile
6. di non avere riportato condanne penali _____⁽³⁾;
7. di non avere procedimenti penali in corso _____⁽⁴⁾;
8. di essere/non essere in quiescenza;
9. di essere disponibile per orario settimanale indicabile in _____ (max 38 ore) ;
10. di essere disponibile a svolgere l'incarico presso tutti gli ambiti territoriali Aziendali ed indicare eventualmente un ambito territoriale di preferenza _____
11. di essere in possesso dei requisiti prescritti dall'avviso, e precisamente:
a) titolo di studio: _____ conseguito
presso _____, nell'anno _____
b) iscrizione all'Ordine Professionale/albo Professionale: Provincia di _____
al n. _____ dal _____;
c) documentata esperienza professionale (specificare) _____

In caso di attribuzione dell'incarico si impegna a non instaurare alcun rapporto di lavoro subordinato con Pubbliche Amministrazioni o con soggetti privati, né a svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse rispetto all'incarico attribuito.

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Azienda Usl
Toscana nord
ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA:
02198590503

Allega curriculum redatto su conforme modello europeo datato e firmato e fotocopia di un valido documento di identità.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo:

Via _____ C.A.P. _____

Comune _____ Provincia _____

Telefono _____

e-mail _____

Data _____

_____ firma

Note:

(¹) è richiesta la cittadinanza italiana, ovvero quella di uno dei Paesi dell'Unione Europea, in caso di appartenenza a paesi extracomunitari è richiesta copia del permesso di soggiorno.

(²) in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.

(³) in caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.

(⁴) in caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.

Azienda Usl
Toscana nord
ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA:
02198590503