

**AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI SEI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO DI
PSICOLOGO PER IL PROGETTO DI SOSTEGNO AI NUCLEI FAMILIARI IN
CONDIZIONI DI DISAGIO – CODICE DI RIFERIMENTO DA INDICARE NELLA
DOMANDA: **LPFAM2020****

Questa Azienda USL Toscana Nord Ovest, in attuazione del progetto di sostegno ai nuclei familiari in condizioni di disagio di cui alle delibere della Giunta Regionale Toscana n. 90 del 28/01/2019 e 769 del 10/06/2019, intende conferire sei incarichi di lavoro autonomo di durata annuale ad altrettanti psicologi specializzati in psicoterapia.

La finalità del progetto è il consolidamento di team multiprofessionali zonali come équipe integrate sull'area della promozione, prevenzione e tutela della genitorialità assicurando, in particolare, il rafforzamento degli interventi di sostegno psicologico e specialistico secondo le indicazioni contenute nell'allegato "A" alla DGR n. 769 del 10 giugno 2019. Tale azione è finalizzata alla diffusione delle Linee di Indirizzo Nazionali "Intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità Promozione della genitorialità positiva" (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2017), con particolare riguardo alla metodologia, agli strumenti ed ai dispositivi in esse contenuti derivanti dal Programma Nazionale P.I.P.P.I. per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione dei minori e per il sostegno alla genitorialità positiva per potenziare:

- le attività a favore delle famiglie, a sostegno della genitorialità vulnerabile e dei nuclei affidatari;
- i percorsi di intervento a carattere psicologico assicurati dai Consulenti per il sostegno alla donna ed ai nuclei familiari per la prevenzione del disagio e della depressione post partum.

L'articolazione degli incarichi è la seguente:

ZONA	SEDI	TETTO ORE MENSILE	COMPENSO LORDO ONNICOMPENSIVO MASSIMO
Piana di Lucca	Consultorio Campo di Marte - Lucca	69	€ 19.872
Valle del Serchio	Consultori di Galliciano e di Castelnuovo Garfagnana	59	€ 19.824
Versilia	Consultorio di Viareggio	30	€ 8.640
Pisana	Consultorio di Pisa - Via Torino	85	€ 24.480
Alta Val di Cecina - Valdera	Consultorio di Pontedera	138	€ 39.744
Livornese	Consultori di Livorno e Collesalveti e Centro Adozione/Affidi del Comune di Livorno	85	€ 24.480

(Deliberazione del Direttore Generale n. 298 del 27/04/2020)

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

Requisiti richiesti:

- 1) titolo di studio: **laurea vecchio ordinamento, specialistica o magistrale in Psicologia;**
- 2) specializzazione: **Psicoterapia** o discipline equipollenti o affini ai sensi del D.M. 30/01/1998 e del D.M. 31/01/1998 e ss.mm.ii.;
- 3) iscrizione al relativo albo professionale. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione alla selezione, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'inizio delle prestazioni;

- 4) **comprovata esperienza nell'ambito del disagio genitoriale, maturata all'interno di servizi pubblici e/o privati.**

La selezione è per soli titoli. Saranno oggetto di valutazione il voto del diploma di laurea e di specializzazione e le esperienze formative e professionali come psicologo nell'ambito di cui al punto 4).

L'esito della procedura sarà reso noto esclusivamente mediante pubblicazione sul sito ufficiale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest nella sezione "bandi e concorsi".

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 USL Toscana Nord Ovest, entro il termine perentorio del



28 maggio 2020

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 **esclusivamente se inviate entro il termine di scadenza tramite casella di posta elettronica certificata (PEC) intestata al candidato** in un unico file formato PDF al seguente indirizzo: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it.

In considerazione dell'emergenza epidemiologica in atto non sono ammesse altre modalità di presentazione della domanda.

Si sottolinea l'importanza di specificare il codice avviso **LPFAM2020** nell'oggetto del messaggio di trasmissione della domanda; l'Amministrazione declina sin da ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente dalla mancata o errata indicazione del codice di riferimento o per eventuali disguidi nella trasmissione non imputabili all'amministrazione stessa.

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 degli incarichi individuali, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità a suo insindacabile giudizio.

Per eventuali informazioni rivolgersi alla U.O. C. Gestione Specialisti Ambulatoriali e Contratti Atipici: sabrina.cacci@uslnordovest.toscana.it.

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

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 sei incarichi di lavoro autonomo di psicologo – codice avviso LPFAM2020.

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di partecipare alla procedura comparativa per l'attribuzione di sei incarichi individuali per il profilo professionale di psicologo di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 298 del 27/04/2020 **con preferenza per la seguente zona** (barrare in corrispondenza della zona scelta: **N.B. IN CASO DI MANCATA INDICAZIONE LA DOMANDA NON SARA' PRESA IN CONSIDERAZIONE**):

- ☐ Piana di Lucca;
☐ Valle del Serchio;
☐ Versilia;
☐ Pisana;
☐ Alta Val di Cecina – Valdera (l'attività si svolgerà solo a Pontedera);
☐ Livornese.



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 veritiere:**

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 infortunio
 - stipulare assicurazione responsabilità civile

6. di non avere riportato condanne penali _____⁽³⁾;

7. di non avere procedimenti penali in corso _____⁽⁴⁾;

8. di essere in possesso dei requisiti prescritti dall'avviso, e precisamente:

a) titolo di studio: _____ conseguito presso _____, nell'anno _____ con votazione: _____

b) iscrizione all'Ordine Professionale/albo Professionale: Provincia di _____ dal _____;

c) specializzazione in _____ conseguita presso: _____ in data _____ con votazione: _____

d) **documentata esperienza professionale** (specificare) _____

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

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.

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

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

Sig. _____ Via _____ C.A.P. _____

Comune _____ Provincia _____ (Tel. _____)

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.