

IL PRESENTE BANDO E' STATO PUBBLICATO SUL SITO WEB AZIENDALE

[www.asp.messina.it](http://www.asp.messina.it)

alla pagina: BANDI/CONCORSI/GRADUATORIE

IL TERMINE PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E' IL 23/02/2012

**REGIONE SICILIA**  
**Azienda Sanitaria Provinciale di Messina**

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER SOLI TITOLI, PER IL CONFERIMENTO DI 3 (TRE) INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI (ai sensi dell'art.7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001) ANNUALI PER FISIOTERAPISTA**

In esecuzione della deliberazione n.239/CS del 10/02/2012, è indetto un Avviso pubblico, per soli titoli, per il conferimento di tre incarichi libero professionali nell'ambito del Progetto Obiettivo P.S.N. 2010 "Azione 5.8 Realizzazione attività semiresidenziali - P.O.P.S. 2010 Azione 2.2 Assistenza ai pazienti affetti da demenza", finanziato dall'Assessorato della Salute - Regione Sicilia con Decreto Assessoriale n.02175/10.

**Art.1 REQUISITI DI AMMISSIONE**

Possono partecipare alle selezioni coloro che possiedono i seguenti requisiti generali e specifici:

- Cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- Diploma di Laurea in Fisioterapia o Diplomi Universitari equipollenti;
- Attività documentata nella riabilitazione delle disabilità motorie e psicomotorie di almeno due anni presso Strutture Sanitarie Pubbliche o Convenzionate.

I requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione.

**Art.2 DURATA E COMPENSO**

Ogni incarico ha durata annuale con decorrenza dalla data di effettivo inizio dell'attività progettuale.

Il contrattista opererà presso i Centri di Attività Semiresidenziale per l'assistenza ai pazienti con demenza, su indicazione e programmazione del Responsabile del Progetto, con un impegno di n° 18 ore settimanali.

Il compenso previsto per ogni incarico è pari ad € 10.000,00 al lordo delle ritenute fiscali.

Il pagamento dei predetti compensi trova copertura nel budget

previsto dal progetto obiettivo.

### **Art.3 DOMANDA DI AMMISSIONE**

La domanda (All. 1) e la documentazione ad essa allegata devono essere trasmesse al seguente indirizzo con una delle sottoelencate modalità: Azienda Sanitaria Provinciale di Messina, via La Farina 263/N - 98123 Messina:

A) mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il termine per la presentazione della domanda è perentorio, qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

In tal caso, fa fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante;

L'Amministrazione non assume responsabilità alcuna in caso di eventuali disguidi postali telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, caso fortuito o forza maggiore;

B) mediante consegna della domanda e la documentazione ad essa allegata al Protocollo Generale - Azienda Sanitaria Provinciale di Messina, Via La Farina 263/N - Messina.

Nella domanda di ammissione, il candidato deve dichiarare quanto segue, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e dagli artt.

483-489-495-496 del codice penale in caso di dichiarazioni false e mendaci:

1. Cognome e nome, luogo e data di nascita, residenza;
2. Possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
3. Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
4. Eventuali condanne penali riportate e/o procedimenti penali in corso (la dichiarazione va resa anche in caso negativo);
5. Di aver assolto gli obblighi militari (o diversamente dovrà specificare la propria posizione);
6. Il Diploma di Laurea conseguito e/o altro Diploma previsto dalla normativa, indicando data, sede e denominazione completa dell'Istituto presso il quale è stato conseguito;
7. Di non essere lavoratore dipendente pubblico o privato.

Il candidato dovrà dichiarare di accettare le clausole del presente bando, dando atto di conoscerne il contenuto. Dovrà altresì comunicare il domicilio, se diverso dalla residenza, e l'eventuale recapito telefonico dove desidera ricevere le comunicazioni inerenti la presente procedura selettiva, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali successive variazioni.

Il candidato dovrà dichiarare la propria disponibilità, nel caso di assegnazione dell'incarico, ad una frequenza presso i Centri di Attività Semiresidenziale per l'assistenza ai pazienti con demenza per un totale di n. 18 ore settimanali ai fini dell'espletamento delle attività volte alla realizzazione del Progetto, le cui modalità dovranno essere convenute con il Responsabile dello stesso Progetto.

La domanda deve recare in calce la firma leggibile del candidato,

pena esclusione.

#### **Art.4 DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE**

A corredo della domanda l'aspirante dovrà inoltre produrre:

1. curriculum formativo e professionale redatto sotto forma di autocertificazione (ai sensi degli art.46 e 47 del D.P.R.445/2000), debitamente sottoscritto e datato, contenente le seguenti informazioni:

- a) esatta indicazione di tutte le esperienze lavorative e/o di studio pregresse e loro durata;
- b) pubblicazioni scientifiche con indicazione del contributo personale apportato nella loro compilazione e redazione;
- c) partecipazione (con data e durata) a convegni, corsi, congressi, giornate di studio, seminari, che abbiano finalità di formazione e di aggiornamento professionale e di avanzamento di ricerca scientifica, nonché partecipazione a specifici corsi di perfezionamento universitario concernenti il conseguimento di specializzazioni universitarie e dottorati di ricerca.

#### **Art.5 AMMISSIONE CANDIDATI**

L'ammissione dei candidati è disposta dal Commissario Straordinario, il quale dispone, altresì, la non ammissione di coloro che, in base alle dichiarazioni contenute nella domanda, risultino privi dei requisiti prescritti, nonché di quelli le cui domande siano irregolari o pervenute fuori termine.

#### **Art.6 COMMISSIONE**

La valutazione dei titoli sarà effettuata da apposita Commissione, nominata con formale provvedimento dal Commissario Straordinario. La commissione dispone di 30 punti e la valutazione dei titoli avverrà secondo i criteri e le modalità stabiliti dal D.P.R. 27/03/2001 n.220.

A parità di punteggio l'assegnatario sarà individuato secondo il criterio dell'età anagrafica (preferendo il più giovane).

Al termine dei lavori la Commissione redigerà un elenco degli idonei con i punteggi attribuiti a ciascun concorrente e compilerà la graduatoria generale di merito.

Il Commissario Straordinario provvederà ad approvare l'elenco degli idonei e a conferire l'incarico libero professionale.

La graduatoria sarà pubblicata all'Albo Aziendale e resterà aperta per tutta la durata dell'incarico al fine di consentire la continuazione dello stesso nel caso di rinuncia, decadenza o revoca.

L'esito sarà comunicato al vincitore con raccomandata a/r. Entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione, l'assegnatario dovrà far pervenire, pena la decadenza, la propria accettazione.

In caso contrario si provvederà a scorrere la graduatoria di merito.

#### **Art.7 SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'**

Il vincitore dell'incarico inizierà la frequenza alla data e presso i Centri Diurni indicati dal Responsabile del Progetto, sotto il controllo e la responsabilità dello stesso Responsabile.

Le modalità per il concreto svolgimento saranno determinate al momento dell'inizio dell'attività in accordo con il suddetto Responsabile.

L'attività del contrattista non può costituire rapporto di impiego.

Il pagamento dei ratei dell'incarico sarà effettuato, con cadenza quadrimestrale, a seguito di apposita dichiarazione rilasciata dal Responsabile del Progetto, attestante lo svolgimento regolare ed effettivo dell'attività da parte del contrattista.

Prima dell'inizio della frequenza e/o di qualsiasi attività relativa all'incarico medesimo, il contrattista dovrà produrre copia di adeguata assicurazione per infortuni e responsabilità civile verso terzi, ivi compresa l'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina, il personale della stessa ed il suo patrimonio. Tale adempimento condiziona l'attribuzione dell'incarico. La polizza, ad intero ed esclusivo carico del contrattista, dovrà coprire l'intero periodo della durata dell'incarico.

#### **Art.8 VERIFICA DELL'ATTIVITA'**

Al termine di ogni quadrimestre, il contrattista dovrà presentare al Responsabile del Progetto una dettagliata relazione sull'attività svolta a fini di verifica.

#### **Art.9 CAUSE INTERRUPTIVE E REVOCA**

Decade dal beneficio l'assegnatario che non comunichi l'accettazione entro il termine di 10 giorni indicato all'art.6, ovvero non inizi l'attività entro il termine indicato dal Responsabile del Progetto.

L'incarico potrà, inoltre, essere revocato qualora il beneficiario, dopo aver iniziato l'attività:

- non la prosegua regolarmente ed ininterrottamente per l'intera durata dell'incarico;
- si renda responsabile di gravi e ripetute mancanze;
- dia prova di non possedere sufficiente attitudine alla realizzazione del progetto;
- abbia dichiarato il falso o presentato documentazione falsa al fine di vedersi attribuito l'incarico;
- si trovi in una situazione di incompatibilità art. 3, punto 7 del presente bando.

In tal caso, qualora sussista ancora l'interesse aziendale all'attività oggetto del Progetto, il Commissario Straordinario, su richiesta del Responsabile del Progetto, potrà provvedere alla sostituzione del contrattista.

#### **Art.10 TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n.196 del 30/06/03, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'U.O.C. Gestione Risorse Umane Personale Dipendente dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina per le finalità di gestione della selezione e per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione

dalla selezione.

**Art.11 NORME FINALI**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina si riserva la più ampia facoltà in ordine alla proroga dei termini del bando, alla loro sospensione, nonché alla revoca ed annullamento del presente avviso.

L'Azienda può revocare in ogni momento l'incarico libero professionale assegnato senza che ciò comporti alcun indennizzo o risarcimento a favore del contrattista eccetto il pagamento di quanto dovuto per l'attività fino ad allora prestata.

Per eventuali chiarimenti o informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi all'U.O.C. Gestione Risorse Umane Personale Dipendente - Affari Generali dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina (tel.090/3652719).

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott. Francesco Poli)

Al Commissario Straordinario  
Azienda Sanitaria Provinciale di Messina  
Via La Farina 263/N – 98123 Messina

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, presa visione del bando emesso da codesta Azienda con deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso alla selezione pubblica per soli titoli, per il conferimento di incarico libero professionale per Fisioterapista finalizzato alla realizzazione del progetto obiettivo dal titolo “Azione 5.8 Realizzazione attività semiresidenziali – P.O.P.S. 2010 Azione 2.2 Assistenza ai pazienti affetti da demenza”, pubblicato sul sito internet [www.asp.messina.it](http://www.asp.messina.it) alla pagina Bandi/Concorsi/Graduatorie

A tal fine, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000, consapevole delle responsabilità penali, previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dagli artt. 483-489-495 e 496 del Codice penale, cui incorrerebbe in caso di dichiarazioni false e mendaci,

### DICHIARA

1. di essere nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
2. di essere residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
3. di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_  
(Specificare se italiana o di quale altro paese membro dell'Unione Europea)
4. (barrare la casella che interessa)
  - di non avere riportato condanne penali né avere procedimenti penali in corso,
  - di avere riportato le seguenti condanne o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
(In caso di non iscrizione o di cancellazione dalle liste indicarne i motivi)
6. di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_  
conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
con la seguente votazione \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_
7. di avere la seguente esperienza professionale e/o di studio di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. (barrare la casella che interessa)
- di non avere mai prestato servizio presso pubbliche amministrazioni
  - di avere prestato servizio presso le seguenti pubbliche amministrazioni:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ (esclusivo, non esclusivo) a tempo \_\_\_\_\_ (pieno, parziale a n. \_\_\_\_\_ ore settimanali) nel profilo \_\_\_\_\_ professionale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_
- nella disciplina di \_\_\_\_\_  
presso la/il seguente PA/Ente \_\_\_\_\_
9. posizione nei riguardi degli obblighi militari: \_\_\_\_\_
10. di avere preso visione delle informazioni contenute nel bando e di accettare integralmente le disposizioni in esso contenute
11. di essere disponibile, nel caso di assegnazione dell'incarico, ad una frequenza presso i Centri di Attività Semiresidenziale per l'assistenza ai pazienti con demenza per 18 ore settimanali

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(indicare solo se diverso dalla residenza)

Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di domicilio indicato nella domanda.

Allega curriculum formativo e professionale datato e firmato.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196 del 30/06/03 di cui all'art.10 del bando.

Al fine di rendere formalmente valide le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sopra rese, allega copia di valido documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma