



Consorzio Intercomunale Servizi Socio Assistenziali

Bellinzago Novarese, Borgo Ticino, Castelletto Sopra Ticino, Divignano, Lesa,
Marano Ticino, Meina, Mezzomerico, Oleggio, Pombia, Varallo Pombia

Via Caduti per la Libertà n.136 – 28053 Castelletto Sopra Ticino (NO)

C.F. 94050080038 Tel. 0331/973943 – fax 0331/938803

e-mail: info@cisasservizi.it

AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI COLLABORAZIONE AUTONOMA PER MEDICO PSICHIATRA – PRESSO I SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PER LA DISABILITA'.

Il C.I.S.A.S di Castelletto Sopra Ticino intende conferire, ad esperto di comprovata esperienza, il seguente incarico di collaborazione autonoma da espletare presso i servizi per la disabilità:

MEDICO PSICHIATRA – PRESSO I SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PER LA DISABILITA'.

OGGETTO DELL'INCARICO

Attività di consulenza specialistica rivolta a soggetti disabili frequentanti i servizi semiresidenziali per la disabilità del Consorzio (Centro Diurno Socio Terapeutico Riabilitativo di Oleggio e Centro Addestramento Disabili).

L'incarico, per n° 3 ore settimanali, si articola nelle seguenti attività:

- visite e controlli periodici ai soggetti frequentanti (circa 50 persone)
- colloqui con gli operatori dei servizi
- colloqui con i familiari
- compilazione e aggiornamento della cartella sanitaria in collaborazione con l'infermiera professionale

Le attività previste sono da svolgersi settimanalmente per un numero di 54 settimane per tre ore settimanali.

REQUISITI RICHIESTI PER L'INCARICO

Il professionista dovrà possedere i seguenti requisiti:

- Titolo di studio : Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia
- Specializzazione: PSICHIATRIA
- Iscrizione all'Ordine dei medici. 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'assunzione in servizio
- Esperienza lavorativa nel settore della disabilità.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER LA VALUTAZIONE COMPARATIVA:

Specifiche della votazione del diploma di laurea e del diploma di specialità.

Esperienza lavorativa con indicazione della tipologia del contratto di lavoro, n° ore settimanali e durata.

Corsi di formazione e aggiornamento nel settore disabilità post laurea documentati da attestati.

DURATA DELL'INCARICO E LUOGO DELL'INCARICO.

L'incarico avrà durata dal 01.11.2014 al 31.12.2015 e si svolgerà presso il Centro Diurno Socio Terapeutico Riabilitativo di Oleggio.

COMPENSO ORARIO PREVISTO PER L'INCARICO.

La tariffa oraria LORDA applicata per lo svolgimento dell'incarico di collaborazione autonoma in ogni caso non dovrà superare il costo orario massimo DI €. 70,00 LORDE.

Detti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione. Le domande redatte in carta semplice, (fac-simile in allegato), dovranno pervenire a mezzo raccomandata oppure dovranno essere consegnate direttamente all'Ufficio Protocollo del Consorzio dei Servizi Socio

Assistenziali (CONSORZIO C.I.S.A.S.) con sede in **Via Caduti per la Libertà 136 – 28053 – CASTELLETTO SOPRA TICINO NO** entro le ore **12,30 del 28.10.2014**.

Nella domanda stessa gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità:

- a) di possedere la cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
- b) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- c) di non avere riportato condanne che comportano l'impossibilità di contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- d) l'insussistenza di carichi penali pendenti, di non essere stato sottoposto a misure di prevenzione e di non essere a conoscenza dell'esistenza a suo carico di provvedimenti in corso per l'applicazione delle misure suddette e comunque di insussistenza di ogni ulteriore situazione di incompatibilità prevista dalla vigente legislazione antimafia;
- e) di essere a conoscenza, in caso di mendaci dichiarazioni, delle sanzioni penali di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000;
- f) di possedere il diploma di laurea in medicina conseguito il _____ presso _____ con votazione _____;
- g) di possedere il diploma di specialità in psichiatria conseguito il _____ presso _____ con votazione _____;
- h) di possedere l'iscrizione all'ordine dei medici con decorrenza _____;
- i) di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti il presente avviso ai recapiti sopra indicati, oppure (indicare altro indirizzo/recapito) _____;
- j) di accettare le disposizioni previste nel presente avviso pubblico.

Documentazione da allegare obbligatoriamente:

- a) curriculum formativo e professionale;
- b) autocertificazione dei titoli di studio posseduti con relative votazioni;
- c) documento di identità in corso di validità;
- d) Compenso orario richiesto (in ogni caso non superiore al costo orario di € 70,00 lorde).

Ai fini della valutazione complessiva, tutti i documenti devono essere autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

CRITERI DI AFFIDAMENTO

Una commissione nominata dal Direttore, dopo la scadenza del termine per presentare le domande, individuerà, previa valutazione comparativa, il professionista ritenuto più idoneo che avrà presentato l'offerta economicamente più vantaggiosa.

La scelta sarà effettuata sulla base di una valutazione comparativa dei curriculum, in relazione alle professionalità ed esperienze ritenute significative per i compiti da assolvere e alla relativa proposta economica. In particolare, verranno valutati i seguenti requisiti:

- a) qualifica professionale e titoli posseduti;
- b) esperienze già maturate nel settore di riferimento;
- c) caratteristiche qualitative e metodologie dell'offerta;
- d) proposta economica.

La presente procedura sarà ritenuta valida anche in presenza di una sola offerta, purché valida. Al termine della selezione sarà formulata una graduatoria sulla base del punteggio complessivamente riportato da ciascuno partecipante. Il Consorzio C.I.S.A.S. si riserva ogni più ampia facoltà in ordine alla proroga dei termini, la loro sospensione, nonché la revoca o l'annullamento del presente avviso.

Per le informazioni necessarie e per acquisire copia dell'avviso pubblico rivolgersi al Direttore del C.I.S.A.S. – con sede in **Via Caduti per la Libertà 136 – 28053 – CASTELLETTO SOPRA TICINO NO** - ☎ 0331/ 973 943 – INTERNET: www.cisasservizi.it.

Castelletto S. Ticino

10 OTT 2014



IL DIRETTORE DEL CONSORZIO C.I.S.A.S.

-Dott.ssa Luisa Ferrara -

Luisa Ferrara

FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO PER L’AFFIDAMENTO DI INCARICO DI COLLABORAZIONE AUTONOMA PER MEDICO PSICHIATRA PRESSO I SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI.

SPETT.LE
CONSORZIO C.I.S.AS.
VIA CADUTI PER LA LIBERTA' 136
28053 CASTELLETTO S. TICINO

Oggetto: **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO PER L’AFFIDAMENTO DI INCARICO DI COLLABORAZIONE AUTONOMA PER MEDICO PSICHIATRA PRESSO I SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI**

Con la presente il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente _____

Al fine di partecipare alla selezione per l’affidamento dell’incarico di collaborazione autonoma per medico psichiatra presso i servizi semiresidenziali per disabili.

dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) di possedere la cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell’Unione Europea;
- b) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- c) di non avere riportato condanne che comportano l’impossibilità di contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- d) l’insussistenza di carichi penali pendenti, di non essere stato sottoposto a misure di prevenzione e di non essere a conoscenza dell’esistenza a suo carico di provvedimenti in corso per l’applicazione delle misure suddette e comunque di insussistenza di ogni ulteriore situazione di incompatibilità prevista dalla vigente legislazione antimafia;
- e) di essere a conoscenza, in caso di mendaci dichiarazioni, delle sanzioni penali di cui all’art. 75 del D.P.R. 445/2000;
- f) di possedere il diploma di laurea in medicina conseguito il _____ presso _____ con votazione _____;
- g) di possedere il diploma di specialità in psichiatria conseguito il _____ presso _____ con votazione _____;
- h) di possedere l’iscrizione all’ordine dei medici con decorrenza _____;
- i) di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti il presente avviso ai recapiti sopra indicati, oppure (indicare altro indirizzo/recapito) _____;
- j) di accettare le disposizioni previste nel presente avviso pubblico.

Allego alla presente la seguente documentazione obbligatoria:

- a) curriculum formativo e professionale;
- b) autocertificazione dei titoli di studio posseduti con relative votazioni;
- c) documento di identità in corso di validità.
- d) indicazione del compenso orario richiesto (in ogni caso non superiore al costo orario di €. 70,00 lorde).

Lì, _____

In Fede

Ai fini della valutazione complessiva, tutti i documenti devono essere autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.