

## Avviso tempo determinato per il profilo di TERAPISTA OCCUPAZIONALE presso la CLINICA DI RIABILITAZIONE TOSCANA S.p.a. anno 2018/2019

### IL DIRETTORE GENERALE

Rende noto che è indetta la costituzione di un albo per sostituzioni o assunzioni a tempo determinato per il profilo di TERAPISTA OCCUPAZIONALE .

**I requisiti generali e specifici per partecipare sono i seguenti**

1. Cittadinanza italiana;
2. Idoneità psico-fisica all'impiego; l'accertamento della idoneità fisica all'impiego – con osservanza delle norme in tema di categorie protette – è effettuato, a cura della Clinica di Riabilitazione Toscana Spa, prima dell'immissione in servizio. Data la natura dei compiti previsti per i posti messi a concorso, agli effetti della legge 28.03.1991 n.120, la circostanza di essere privo della vista costituisce motivo sufficiente per escludere l'idoneità fisica per l'ammissione all'impiego;
3. Godimento dei diritti civili e politici;
4. Non essere stato destituito, licenziato o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento;
5. Assenza di condanne penali che, salvo riabilitazione, possono impedire l'instaurarsi e/o il mantenimento del rapporto di impiego;
6. Laurea Terapista Occupazionale;
7. Iscrizione all'Ordine professionale TSRM e PSTRP;
8. In relazione alla Legge n. 24 del 08/03/2017 essere in possesso "adeguata polizza di assicurazione per colpa grave".

I requisiti generali e specifici devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda.

Il mancato possesso di uno o più requisiti previsti dal presente avviso preclude la possibilità di essere inseriti nell'albo.

#### **Modalità e termini di presentazione della domanda**

Il termine di presentazione della domanda è perentorio.

**La domanda, indirizzata al Direttore Generale CRT Spa, deve pervenire, tassativamente, entro e non oltre le ore 13.00 del giorno 10/11/18 e deve essere presentata esclusivamente con una delle seguenti modalità:**

#### **A) attraverso invio telematico all'indirizzo [crtspa@legalmail.it](mailto:crtspa@legalmail.it)**

In fase di invio della comunicazione è necessario:

- indirizzare la comunicazione al Direttore Generale – Clinica di Riabilitazione Toscana Spa
- compilare il campo oggetto con la seguente dicitura: "Domanda per sostituzioni o assunzioni a tempo determinato per il profilo di TERAPISTA OCCUPAZIONALE"
- inviare tutti i documenti in formato PDF

La comunicazione, contenente la domanda e la documentazione allegata (curriculum, fotocopia documento d'identità, documentazione relativa ai titoli), inviata con queste modalità verrà registrata all'interno del sistema di protocollo della Clinica e ne sostituisce l'invio tradizionale, sostituendo, di fatto, la raccomandata A.R.. Fa fede la data di invio.

#### **B) tramite consegna a mano della domanda direttamente al protocollo della segreteria della Clinica di Riabilitazione Toscana Spa, Piazza del Volontariato, 2 c/o Ospedale S. Maria alla Gruccia – 52025 Monteverchi.**

**Le domande inviate attraverso qualsiasi mezzo diverso dall'invio telematico e/o dalla consegna a mano saranno considerate non ricevibili.**

Per ogni eventuale informazione in ordine alle modalità di presentazione della domanda è possibile rivolgersi, dal lunedì al venerdì (orario 9.00 – 13.00), al numero telefonico 055/9106214 Sig.ra Beatrice Calabassi.



La domanda va redatta in carta libera, utilizzando lo schema allegato al presente avviso (allegato A) e va indirizzata al Direttore Generale della CLINICA DI RIABILITAZIONE TOSCANA Spa, Piazza del Volontariato, 1 c/o Ospedale S. Maria alla Gruccia – 52025 Montevarchi.

Per la “consegna a mano” l’intera documentazione deve essere inserita in busta chiusa e sull’esterno della busta va indicata la dicitura:

“Domanda per sostituzioni o assunzioni a tempo determinato per il profilo di TERAPISTA OCCUPAZIONALE”. La domanda di partecipazione deve essere sottoscritta in originale dal candidato, pena la nullità della stessa, ed alla stessa deve essere allegata la fotocopia del documento d’identità del sottoscrittore.

L’Azienda non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del candidato oppure per la mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell’indirizzo indicato nella domanda, né per gli eventuali disguidi postali.

#### **Dichiarazioni che devono essere contenute nella domanda**

Nella domanda, indirizzata alla CRT, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso (allegato A) e firmata in originale, il candidato, oltre al proprio **cognome e nome**, deve, la pena di esclusione, dichiarare sotto la propria personale responsabilità ai sensi dell’ art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445:

- a) la data e il luogo di nascita;
- b) la residenza;
- c) il codice fiscale;
- d) il possesso della cittadinanza italiana, o di Stato appartenente all’Unione Europea;
- e) il Comune d’iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle medesime;
- f) il godimento dei diritti politici e civili;
- g) di non essere stati destituiti dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- h) gli eventuali carichi pendenti (procedimenti penali in corso di istruzione o pendenti per il giudizio), ovvero di non avere carichi pendenti;
- i) il possesso dell’idoneità psico-fisica allo svolgimento delle mansioni proprie del posto da ricoprire;
- j) il possesso di eventuali ulteriori titoli o requisiti di esperienza costituenti titolo preferenziale;
- k) i titoli di studio posseduti, con l’indicazione della data in cui sono stati conseguiti e dell’autorità che li ha rilasciati, se rilasciati da autorità straniera la dichiarazione di equipollenza;
- l) il possesso dei requisiti richiesti, a pena di esclusione, per l’accesso all’albo;
- m) il preciso recapito presso il quale deve, ad ogni effetto, essere inviata qualsiasi comunicazione, nonché il recapito telefonico;
- n) di accettare, avendone presa conoscenza, le norme e le condizioni del presente avviso;
- o) il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003;
- p) il possesso eventuale di requisiti (Esempio: Iscrizione Disabili, Cat. Protette, Over 50 disoccupati ed iscritti al CTI da almeno 12 mesi).

#### **Alla domanda di partecipazione devono essere allegati:**

1. **Curriculum vitae firmato in originale**, indicante le attività professionali svolte dal candidato con particolare riferimento al possesso dei requisiti specifici richiesti e ad ogni altro titolo ed esperienza utili ai fini della selezione. In particolare devono essere indicati i datori di lavoro precedenti, l’inquadramento contrattuale, il periodo di lavoro e le mansioni svolte;
2. **Fotocopia documento di identità** in corso di validità;
3. **Documentazione relativa alle esperienze** di cui ai requisiti specifici richiesti, così come descritto sopra.

La mancata produzione dei documenti sopradetti nelle modalità espressamente richieste sarà causa di esclusione.

Prove selettive

Le prove selettive consisteranno in:

- a) Analisi dei curriculum vitae e dei titoli posseduti dai candidati;



L'analisi dei curriculum vitae e dei titoli posseduti dai candidati è volta a verificare e valutare le competenze specifiche dei candidati rispetto alla posizione da ricoprire.

In particolare, saranno considerati requisiti preferenziali eventuali esperienze di lavoro maturate in mansioni analoghe presso strutture analoghe.

L'albo sarà pubblicato sul sito della Clinica entro il giorno 31/12/2018.

**I candidati possono informarsi, sino alla sopraindicata data, attraverso il sito aziendale – [www.crtspa.it](http://www.crtspa.it) – di eventuali comunicazioni riguardanti il bando e l'albo risultante; si considereranno utilmente notificate tutte le comunicazioni date attraverso detto strumento.**

#### **Assunzione**

L'assunzione, qualora non consegnata brevi mani o con comunicazione telefonica sarà comunicata all'interessato mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, PEC o email con l'indicazione del giorno in cui dovrà assumere servizio.

In caso il candidato assunto non prenda effettivamente servizio alla data comunicata s'intende che lo stesso abbia rinunciato al rapporto di lavoro.

Il candidato selezionato dovrà presentare, entro il perentorio termine che verrà fissato dall'Amministrazione, la documentazione riguardante il possesso dei requisiti previsti dal presente avviso.

L'assunzione acquisterà carattere di stabilità al termine del periodo di prova di effettivo servizio con esito positivo, della durata prevista dal vigente C.C.N.L. AIOP per personale non Medico.

L'azienda potrà sottoporre a visita medica il candidato selezionato da parte del medico competente ai sensi del D.Lgs. 81/2008, al fine di accertare l'idoneità all'impiego nella mansione.

#### **Trattamento economico:**

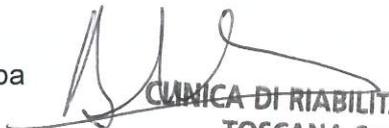
Il trattamento economico è quello stabilito dal vigente CCNL AIOP PERSONALE NON MEDICO **categoria D.**

#### **Trattamento dati personali**

Tutti i dati personali trasmessi dai candidati con la domanda di partecipazione, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della presente procedura e degli eventuali procedimenti d'assunzione.

Per informazioni gli interessati possono rivolgersi alla Sig.ra Beatrice Calabassi, alla mail [personale@crtspa.it](mailto:personale@crtspa.it) – [crtspa@legalmail.it](mailto:crtspa@legalmail.it) o al numero telefonico 055/9106214.

Montevarchi, 14/09/18  
Direttore Generale CRT Spa  
Ing. Antonio Boncompagni



CINICA DI RIABILITAZIONE  
TOSCANA SpA  
Direttore Generale  
Ing. Antonio Boncompagni

#### **Allegati:**

**1) Fac-simile domanda**

Allegato A

**Al Direttore Generale**  
**Clinica di Riabilitazione Toscana S.p.a.**  
Piazza del Volontariato, 2  
c/o Ospedale S. Maria alla Gruccia  
52025 Montevarchi

Sull'esterno della busta va indicata la dicitura:

**Avviso per sostituzioni o assunzioni a tempo determinato per il profilo di TERAPISTA OCCUPAZIONALE presso la CLINICA DI RIABILITAZIONE TOSCANA SPA**

\_\_/\_\_/\_\_ sottoscritt\_ .....

fa domanda di poter essere ammess\_\_ all' **Albo per sostituzioni o assunzioni a tempo determinato per il profilo di TERAPISTA OCCUPAZIONALE** presso la CLINICA DI RIABILITAZIONE TOSCANA S.p.a.  
All'uopo dichiara, sotto la propria responsabilità:

1. di essere nat\_\_ a ..... il .....
2. di essere residente a ..... (provincia) - CAP .....
- Via .....
3. numero di Codice Fiscale: .....
4. di essere:  
 celibe  
 nubile  
 coniugat\_\_  
 separat\_\_  
 liber\_\_  
 vedov\_\_
5. di avere numero .....di figli di cui numero..... a carico  
**(la dichiarazione va fatta anche in caso negativo);**
6. di essere in possesso della:  
 cittadinanza italiana;  
 cittadinanza di uno Stato dell'Unione Europea .....  
ed in quanto tale di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o provenienza e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
7. di:  
 essere iscritt..... nelle liste elettorali del Comune di .....;  
 non essere iscritt..... o di essere stat..... cancellat..... dalle liste elettorali del Comune di.....  
.....per il seguente motivo:  
.....;
8. di avere il godimento dei diritti civili e politici;
9. di essere fisicamente idoneo alle mansioni richieste;
10. di:  
 non avere subito condanne penali e che non vi sono a proprio carico procedimenti penali in corso;  
 avere subito le seguenti condanne penali .....;  
 avere in corso i seguenti provvedimenti: .....
11. di non essere stato destituito o dispensato ovvero dichiarato decaduto dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni;
12. di essere in possesso del seguente titolo di studio:  
.....  
rilasciato da ..... il .....;  
votazione riportata .....

- 13. di avere conoscenza della lingua straniera.....;
- 14. possesso dei seguenti requisiti di  
esperienza.....  
.....  
.....;
- 15. di autorizzare la CRT all'utilizzo dei dati personali contenuti nella domanda per le finalità relative all'avviso, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003;
- 16. di accettare incondizionatamente tutte le norme contenute nell'avviso;
- 17. che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;
- 18. di essere consapevole della veridicità della presente domanda e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;
- 19. In relazione alla Legge n. 24 del 08/03/2017 essere in possesso "adeguata polizza di assicurazione per colpa grave";
- 20. In relazione al D.M. del 13 Marzo 2018 aver provveduto all'iscrizione all'Ordine TSRM e PSTRP;
- 21. di autorizzare la pubblicazione del proprio nominativo sul sito internet della **CLINICA DI RIABILITAZIONE TOSCANA S.p.a.** per comunicazioni inerenti il presente avviso;
- 22. di accettare in modo incondizionato tutte le norme e regolamentazioni contenute nell'avviso;
- 24. il possesso eventuale di requisiti (Esempio: Iscrizione Disabili, Cat. Protette, Over 50 disoccupati ed iscritti al CTI da almeno 12 mesi) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

**Chiede che le comunicazioni relative all'avviso le/gli vengano dirette al seguente indirizzo:**

.....  
 Via ..... n° .....  
 C.A.P. .... - .....  
 Telefono e Cellulare .....  
 Email .....  
 PEC .....  
 Data .....

\_\_\_\_\_  
**(firma in originale)**

**(E' necessario allegare fotocopia di un documento di identità valido)**

