



Azienda Ospedaliera  
**Istituti Clinici di Perfezionamento**

Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione convenzionato con l'Università degli Studi di Milano

**AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO VALUTATIVO**

**SCADENZA ORE 12.00 DEL 4 NOVEMBRE 2013**

In riferimento alla deliberazione n. 504 del 12.09.2013, si invitano gli interessati ad ottenere la borsa di studio sotto riportata, per attività da svolgere all'interno di uno specifico progetto dedicato alla gestione di un database relativo ad elaborazione dati a supporto dell'attività didattica e di ricerca statistica nonché ricerca e rilevazione di impact factor annuale e progressivo degli ultimi 5 anni di tutte le pubblicazioni scientifiche effettuate dal Centro Parkinson, ad inoltrare all'U.O. Gestione Risorse Umane e Organizzazione degli Istituti clinici di perfezionamento apposita domanda in carta semplice, allegando il curriculum professionale ed ogni altra documentazione ritenuta utile, per l'assegnazione di:

**n. 1 borsa di studio ad una figura con esperienza nell'attività di elaborazione dati a supporto dell'attività didattica e di ricerca statistica.**

Gli aspiranti dovranno essere in possesso dei requisiti generali previsti dalla vigente normativa e dei seguenti requisiti specifici:

- **Diploma di Scuola Secondaria di II grado**
- **Comprovata esperienza professionale almeno biennale nella gestione ed elaborazione dati e di database in ambito sanitario presso enti sanitari del S.S.N. o accreditati**

Si precisa inoltre che:

- oggetto della presente borsa di studio: attività di elaborazione dati a supporto dell'attività didattica e di ricerca statistica; collaborazione legata alla partecipazione attiva al programma di aggiornamento certificato ECM del Centro Parkinson; ricerca e rilevazione impact factor annuale e progressivo degli ultimi 5 anni di tutte le pubblicazioni scientifiche effettuate dal Centro Parkinson;
- l'attività oggetto della presente borsa di studio avrà durata di 6 mesi, presso la S.C. Neurologia – Centro Parkinson del P.O. C.T.O.;
- l'impegno orario settimanale richiesto è di 25 ore, la cui articolazione sarà specificata in accordo con i Responsabili del Servizio di riferimento;
- il compenso lordo onnicomprensivo per l'intera durata della borsa di studio è di € 3.750,00;
- la borsa di studio non configura un rapporto di lavoro e, pertanto, il godimento della stessa, non dà luogo a trattamenti previdenziali né valutazioni giuridiche ed economiche ai fini di carriera, né a riconoscimenti automatici ai fini previdenziali;

Sede Legale: via Castelvetro, 22 - 20154 Milano – Cod. Fisc. 80031750153 - P.IVA 04408300152 - [www.icp.mi.it](http://www.icp.mi.it)

Le domande correlate dell'attestazione dei requisiti specifici richiesti, e di un curriculum vitae dovranno pervenire all'Amministrazione degli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano - via Lodovico Castelvetro, 22 - **entro e non oltre le ore 12.00 del 4 novembre 2013.**

*Le domande inoltrate tramite raccomandata a.r. dovranno essere spedite al seguente indirizzo: Ufficio Protocollo Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento – via L. Castelvetro, 22 – 20154 Milano, ovvero mediante invio di posta elettronica certificate (PEC) alla casella di posta elettronica certificata: protocollo@pec.icp.mi.it.*

*L'indirizzo della casella pec del mittente deve essere obbligatoriamente riconducibile, univocamente, all'aspirante candidato.*

Saranno ritenuti come giunti fuori termine i pieghi che perverranno posteriormente alla data di chiusura dell'avviso.

Nel caso in cui il candidato si serva del servizio postale per il recapito della domanda, dei titoli e dei documenti ad essa allegati, l'Amministrazione ospedaliera declina ogni responsabilità per eventuali smarrimenti o ritardi nella consegna del plico quando anche esso risulti spedito prima della chiusura dei termini, ma che comunque pervenga all'Ufficio Protocollo degli Istituti clinici di perfezionamento oltre le ore 12 del giorno di scadenza.

L'Amministrazione declina ogni responsabilità per dispersione di comunicazione dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda.

Nel caso di consegna a mano della domanda di partecipazione si comunica che gli orari di apertura al pubblico dell'ufficio protocollo dell'Azienda sono dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00.

#### MODALITA' DI SELEZIONE

Il personale interessato deve presentare domanda nei termini e con le modalità specificati nel bando.

La Commissione esamina tutte le domande presentate, valutando specificamente la coerenza tra i contenuti professionali richiesti dalla borsa di studio e quanto attestato nel curriculum professionale dei candidati.

1. Si procederà alla individuazione del candidato, sulla base di specifico colloquio.

Per maggiore oggettività di valutazione, la Commissione avrà a disposizione un punteggio massimo da attribuire pari a 50 punti, così articolato:

- max 20 punti complessivi per: titoli di carriera, titoli accademici, pubblicazioni ed esperienze attestate nel curriculum e comunque documentate;
- max punti 30 per: colloquio.( punteggio pari a 21/30 per l'idoneità)

**Il colloquio, è fissato, ad ogni conseguente effetto, per il giorno 13 novembre 2013 alle ore 15.30 presso l'Aula Nicolini – Padiglione Guaita – I Piano del P.O. Buzzi, via Castelvetro, 32 Milano. L'elenco dei candidati ammessi al colloquio, sarà pubblicato, ad ogni conseguente effetto, sul sito aziendale [www.icp.mi.it](http://www.icp.mi.it), sezione Concorsi <Borse di studio> entro e non oltre il 6 novembre 2013.**

Milano, 21 ottobre 2013

IL DIRETTORE SANITARIO  
(F.to dott. Fulvio Edoardo Odinolfi)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(F.to dott.ssa Paola Lattuada)

IL DIRETTORE GENERALE  
(F.to dott. Alessandro Visconti)

Sede Legale: via Castelvetro n.22 - 20154 Milano Cod. Fisc. 80031750153 - P.IVA 04408300152 - Web: [www.icp.mi.it](http://www.icp.mi.it)

Fac-simile della **DOMANDA** da ricopiare su foglio in carta semplice con firma non autenticata (ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), **valevole come DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445**

\*\*\*\*\*

**Al Direttore Generale**

**Azienda Ospedaliera**

**Istituti Clinici di Perfezionamento**

Via L.Castelvetro, 22  
20154 Milano

Il/la sottoscritto/a .....

**Chiede**

di essere ammesso all' avviso pubblico per titoli e colloquio per il conferimento di **n. 1 borsa di studio** ad una figura con esperienza nell'attività di elaborazione dati a supporto dell'attività didattica e di ricerca statistica da assegnare alla S.C. Neurologia-Centro Parkinson del P.O. CTO.

A tal fine,

**consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,**

**dichiara**

- di essere nato/a a ..... il .....
- di essere residente a ..... (c.a.p.) .....in via .....
- di essere in possesso della cittadinanza .....(specificare se italiana o di altro Stato);
- di essere iscritto/a nelle liste del Comune di .....;  
(oppure indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime .....
- di non aver riportato condanne penali (oppure: di aver riportato le seguenti condanne penali .....
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- di aver conseguito il seguente titolo di studio .....presso l'Istituto/Università .....i .....prov. ....in data .....
- di essere in possesso dei seguenti titoli ai fini della preferenza e precedenza nelle nomine .....

Sede Legale: via Castelvetro n.22 - 20154 Milano Cod. Fisc. 80031750153 - P.IVA 04408300152 - Web: [www.icp.mi.it](http://www.icp.mi.it)

- di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni con la precisazione della motivazione della eventuale cessazione:  
di aver prestato servizio presso .....prov. ....  
nel profilo di .....  
dal ..... al ....., motivi cessazione dal servizio:  
.....;  
(oppure di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni);
- di richiedere il seguente ausilio per sostenere le prove previste dal concorso in quanto riconosciuto portatore handicap ai sensi dell'art. 20 della legge n. 104/92 (*da compilare solo in presenza di handicap riconosciuto*).....

Ai sensi del DL.vo 30.06.03 n. 196 autorizza il trattamento dei propri dato personali sopra riportati.

Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio al quale deve ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione al riguardo:

.....

Tel. .... eventuale fax .....

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196: i dati personali forniti, con la presente dichiarazione, saranno trattati per le finalità di gestione della procedura e per quelle connesse all'eventuale procedimento di assunzione.

(Data), \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

Il sottoscritto allega la seguente documentazione:

- elenco in triplice copia dei documenti presentati;
- curriculum formativo e professionale datato e firmato
- .....

**Fac-simile di DICHIARAZIONE sostitutiva dell'ATTO di notorietà da ricopiare su foglio in carta semplice con firma Non autenticata (da allegare alla domanda con la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità).**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**Artt.19 e 47 del D.P.R. n.445/2000 (non soggetta ad autenticazione della sottoscrizione ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. n.445/2000)**

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

che la/le presente/i copia/e composta/e da n. \_\_\_\_\_ fogli per n. \_\_\_\_\_ facciate totali, presentata/e con la domanda di partecipazione all' avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di n. \_\_\_\_ incarico di prestazione d'opera è/sono conforme/i all'originale conservata/e presso il Sottoscritto e disponibile/i per i controlli di cui all'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000:

(data), \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

*Ai sensi del DL.vo 30.06.03 n. 196, si autorizza il trattamento dei dati sopra riportati ai fini del presente procedimento concorsuale.*

(Data) \_\_\_\_\_ (Il Dichiarante) \_\_\_\_\_