



Azienda Ospedaliera
Istituti Clinici di Perfezionamento

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

<i>titolo</i>	<i>classe</i>	<i>sottoclasse</i>	<i>categoria</i>
1	4	15	1

**AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO VALUTATIVO PER L'ASSEGNAZIONE
DI UNA BORSA DI STUDIO**

SCADENZA ORE 12.00 DEL 10 settembre 2014

L'Amministrazione degli Istituti clinici di perfezionamento, con deliberazione 24 luglio 2014 n. 488, ha bandito il presente avviso per l'assegnazione di una **borsa di studio** per una figura per attività di miglioramento di immagini radiografiche e di ricerca nazionale e internazionale di immagini web sulle attività chirurgiche ortopediche presso la S.C. Ortopedia e Traumatologia del P.O. Bassini.

La collaborazione richiede la presenza di circa 2ore settimanali, ripartite in base alle esigenze di servizio, e a fronte di tale attività è riconosciuto un corrispettivo onnicomprensivo pari all'ammontare di € 3.000,00, lordi, per tutto l'arco temporale di 1 anno (eventualmente rinnovabile per un altro anno, e comunque non oltre la durata del progetto;

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 in fotografia e immagini in genere, da portare su programmi sia Windows che Mac;**

Saranno considerati titoli preferenziali:

- **Buon livello di conoscenza informatica, soprattutto riguardo i programmi di grafica e impaginazione;**
- **Ottima conoscenza del pacchetto Office**
- **Buona conoscenza dell'inglese e francese.**

Si precisa inoltre che:

- il compito richiesto è di estrapolare e migliorare come iconografia le immagini radiografiche e cliniche relative a diversi interventi chirurgici di ortopedia, al fine della loro divulgazione su riviste scientifiche (cartacee o in web), nonché di effettuare attività di ricerca nazionale ed internazionale (web soprattutto) sulle stesse attività chirurgiche;
- l'attività oggetto della presente borsa di studio avrà durata di 1 anno;
- l'impegno orario settimanale richiesto è di 2 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 € 3.000,00;

Sede Legale: via Castelvetro, 22 - 20154 Milano – Cod. Fisc. 80031750153 - P.IVA 04408300152 - www.icp.mi.it

- 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;

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 10 settembre 2014.**

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.

In questo caso la domanda, il curriculum e tutte le dichiarazioni devono essere sotto forma di scansione di originali in formato PDF firmati digitalmente; all'invio deve inoltre essere allegata la scansione di un documento di identità valido.

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 22 settembre 2014, alle ore 14.00 presso 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, sezione Concorsi (borse di studio). Si specifica che l'elenco dei candidati ammessi verrà pubblicato entro e non oltre il 16 settembre 2014.

Milano, 26 agosto 2014

IL DIRETTORE SANITARIO

(F.to dott. Fulvio Edoardo Odinolfi)

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

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. ... borsa di studio per

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 studiopresso l'Istituto/Universitàiprov.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

- di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni con la precisazione della motivazione della eventuale cessazione:
di aver prestato servizio pressoprov.
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) _____