



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 PER
L'ASSEGNAZIONE DI N.1 BORSA DI STUDIO**

SCADENZA ORE 12.00 DEL 29 GIUGNO 2015

L'Amministrazione dell'Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, con deliberazione in data 4 giugno 2015, ha bandito il presente avviso per l'assegnazione di **n. 1 borsa di studio** della durata di 6 mesi (eventualmente rinnovabile) per n. 1 medico specializzato in Scienza dell'Alimentazione per attività di elaborazione dati per evidenziare l'importanza della corretta alimentazione nei pazienti parkinsoniani da assegnare alla SC Neurologia-Centro Parkinson del P.O. CTO

La collaborazione richiede un impegno minimo 11 ore/settimana, ripartite in base alle esigenze di servizio, e a fronte di tale attività è riconosciuto un corrispettivo onnicomprensivo pari all'ammontare di € 6.000,00 lordi

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

- **Laurea in Medicina e Chirurgia;**
- **Diploma di Specializzazione in Scienze dell'Alimentazione e dietetica - o equipollente o affine;**
- **Iscrizione all'Albo dei Medici.**

Saranno considerati titoli preferenziali i seguenti:

- **Specifica e comprovata competenza nutrizionale nelle malattie neurovegetative;**
- **Dottorato di ricerca/master/corsi di formazione nell'ambito delle attività relative al Progetto.**

I suddetti requisiti devono essere posseduti entro la data di scadenza del bando.

Si precisa inoltre che:

- l'attività oggetto della presente borsa di studio è relativa alla valutazione dello stato nutrizionale, della disfagia e funzionalità intestinale del paziente affetto da Malattia di Parkinson e Parkinsonismi, atta ad indicare il trattamento nutrizionale personalizzato;
- l'attività oggetto della presente borsa di studio avrà durata di 6 mesi, eventualmente rinnovabile;
- l'impegno richiesto è di minimo 11 ore/settimana;
- il compenso onnicomprensivo lordo è di € 6.000,00 brdi;
- 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

Le domande correlate dell'attestazione dei requisiti specifici richiesti, e di un curriculum vitae dovranno pervenire alla Direzione amministrativa di questa Azienda - Milano - via Lodovico Castelvetro, n. 22 - **entro e non oltre le ore 12.00 del 29 GIUGNO 2015.**

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Sono ammesse le seguenti modalità di presentazione delle domande:

- consegna a mano, le domande dovranno essere consegnate al suddetto Ufficio Protocollo, dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 16.00 (ore 12.00 del giorno di scadenza).
ovvero
- a mezzo del servizio postale tramite raccomandata a.r. dovranno essere spedite al seguente indirizzo :
"Ufficio Protocollo - Azienda Ospedaliera I.C.P. – Via Castelvetro n. 22 – 20154 Milano" ;
ovvero
- mediante invio di posta elettronica certificata (PEC) alla casella di posta elettronica certificata:
protocollo@pec.icp.mi.it .

La validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale, riconducibile univocamente al candidato; non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria del candidato o di altra persona, anche se indirizzata alla suindicata casella PEC dell'Azienda Ospedaliera. L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, in un unico file in formato PDF, deve avvenire tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) personale del candidato, esclusivamente all'indirizzo mail sopraindicato, entro le ore 12.00 del giorno di scadenza del bando.

A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di predisposizione dell'unico file PDF da inviare, contenente tutta la documentazione che sarebbe stato oggetto dell'invio cartaceo:

- sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;
oppure
- sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione della documentazione (compresa scansione fronte/retro di un valido documento di identità).

Le domande inviate ad altra casella di posta elettronica dell'Azienda Ospedaliera non verranno prese in considerazione.

Inoltre qualora la domanda di partecipazione sia inviata tramite posta elettronica certificata, la relativa mail dovrà riportare il seguente oggetto: "Avviso pubblico per n. 1 borsa di studio per medico specialista in scienza dell'alimentazione".

Nel caso in cui il candidato utilizzi il 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.

Saranno ritenuti come giunti fuori termine i plichi che perverranno successivamente alla data di chiusura dell'avviso, anche se spediti entro il termine di scadenza dell'avviso stesso.

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

L'amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse, senza che i candidati possano avanzare diritti o pretese.

SI RICORDA CHE I TITOLI E QUANTO INDICATO NEL CURRICULUM SARA' VALUTATO SOLO SE IN ORIGINALE O CERTIFICATO AI SENSI DI LEGGE (DPR 28 dicembre 2000 n. 445, come modificato ed integrato dall'art. 15 della L. 183/2011).

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.

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 6 luglio 2015 alle ore 15.00 presso l'U.O. Gestione Risorse Umane e Organizzazione – 3° piano – Via Castelvetro, 22. L'elenco dei candidati ammessi al colloquio sarà pubblicato, ad ogni conseguente effetto, sul sito aziendale www.icp.mi.it, sezione Concorsi entro e non oltre il 1 luglio 2015.

Milano, 29 giugno 2015

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Cesare Candela)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Marco Paternoster)

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

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 per medico specializzato in Scienze dell'Alimentazione (equipollenti o affini) da assegnare alla SC 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 la laurea inpresso l'Istituto/Universitàprov.in data
- di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in..... presso l'Istituto/Universitàprov.in data
- di essere iscritto all'Albo dei Medici di.....dal.....;

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

- di essere in possesso dei seguenti titoli preferenziali:
.....
.....;
- 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 dati 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;
- copia carta d'identità
- 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. ____ borse di studio 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) _____