



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 10 FEBBRAIO 2014**

In riferimento alla deliberazione n. 22 del 16 gennaio 2014 si invitano gli interessati ad ottenere l'incarico sotto riportato per prestazioni di allergologia e dermatologia pediatrica nell'ambito della S.C. Pediatria del P.O. Sesto SG, ad inoltrare all'U.O. Gestione Risorse Umane e Organizzazione dell'Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento apposita domanda in carta semplice, allegando il curriculum professionale ed ogni altra documentazione ritenuta utile, per il conferimento di:

**n. 1 incarico di collaborazione di medico specialista in Pediatria, ai sensi dell'art. 7, COMMA 6, del D.L.vo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni ed integrazioni.**

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 Pediatria - o disciplina equipollente o affine;**
- **Iscrizione all'albo dell'ordine dei medici, autocertificata in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del presente avviso**

Sarà considerato titolo preferenziale il seguente:

- **Specifica e comprovata esperienza professionale in allergologia e dermatologia pediatrica;**

Si precisa inoltre che:

- l'attività oggetto del presente incarico è relativa a prestazioni sanitarie di allergologia e dermatologia pediatrica da effettuare presso la S.C. Pediatria del P.O. Sesto San Giovanni;
- l'attività oggetto della presente collaborazione avrà durata semestrale;
- l'impegno orario richiesto è di 40 ore / mese;
- il compenso lordo orario omnicomprensivo è di € 28,00.

compenso omnicomprensivo lordo max € 6.720,00

Si rammenta che per il suddetto incarico è prevista la facoltà di recesso anticipato, per entrambe le parti, con obbligo di preavviso pari a 30 gg..

Si rammenta altresì che l'incarico di prestazione d'opera non prevede vincoli di subordinazione, ma si caratterizza per la continuità delle prestazioni nell'ambito del periodo di durata del rapporto concordato, nonché per la integrazione delle prestazioni richieste con l'organizzazione aziendale, fermo restando il potere di controllo e verifica delle prestazioni rese da parte del responsabile del Servizio.

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

Le domande per il profilo professionale messo a bando, correlate dell'attestazione dei requisiti specifici richiesti, e di un curriculum vitae e dell'ulteriore documentazione dovranno pervenire alla Direzione amministrativa di questa Azienda - Milano - via Lodovico Castelvetro, n. 22 - **entro e non oltre le ore 12.00 del 10 FEBBRAIO 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, n. 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.***

***Si precisa che la presentazione di domanda senza firma (firma digitale per domande inviate tramite PEC) costituisce motivo di esclusione dall'avviso.***

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 9.00 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 dall'incarico e quanto attestato nel curriculum professionale dei candidati.

Si procederà alla individuazione del candidato, sulla base di specifico colloquio vertente ad appurare:

1. le competenze tecnico/professionali possedute dai candidati attraverso anche la sottoposizione di casi specifici da analizzare;

2. attitudini personali e capacità professionali sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza, sia in relazione all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti, anche in altre aziende, o con riferimento a esperienze documentate di studio e ricerca.

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 (idoneità 21/30).

**Il colloquio, è fissato, ad ogni conseguente effetto, per il giorno 17 febbraio 2014 alle ore 9.00 presso l'Aula Nicolini – Padiglione Guaita – 1° Piano del P.O. Buzzi, Via Castelvetro, 32, Milano. L'elenco dei candidati ammessi al colloquio, nonché l'individuazione del candidato a cui verrà affidato l'incarico in oggetto saranno pubblicati, ad ogni conseguente effetto, sul sito aziendale [www.icp.mi.it](http://www.icp.mi.it), sezione Concorsi e gare. Si specifica che l'elenco dei candidati ammessi verrà pubblicato entro e non oltre l'11 febbraio 2014.**

Milano, 31 gennaio 2014

IL DIRETTORE SANITARIO  
(F.to Fulvio E. Odinolfi)

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

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

Sede Legale: via Castelvetro, 22 - 20154 Milano – Cod. Fisc. 80031750153 - P.IVA 04408300152 - [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 ed eventuale colloquio per il conferimento di **n. 1 incarico di collaborazione di medico specialista in Pediatria** nell'ambito della S.C. Pediatria del P.O. Sesto San Giovanni.

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 del diploma di specializzazione in.....  
.....presso l'Istituto/Università .....prov. ....in data .....
- di essere iscritto nell'albo ..... prov. ....  
con il n. .... (indicazione iscrizione albo);

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

- di aver diritto alla riserva dei posti prevista dalla legge ove applicabile in relazione ai posti messi a concorso .....(indicare categ. di appartenenza);
- 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 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 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;
- 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 collaborazione 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) \_\_\_\_\_