



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	2	1

**AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E**  
**COLLOQUIO VALUTATIVO**

**da assegnare all'U.O. di Psichiatria del P.O. di Sesto San Giovanni,  
nell'ambito del Progetto "Trattamento precoce dei primi casi di  
disturbi psicotici in soggetti giovani. Individuazione precoce dei  
soggetti con esordio psicotico. Valutazione precoce soggetti a rischio"**

**SCADENZA ORE 12.00 DEL 17 marzo 2014**

In riferimento alla deliberazione del n. 36 del 23 gennaio 2014 si invitano gli interessati ad ottenere l'incarico sotto riportato, ai sensi dell'art. 7, COMMA 6, del D.L.vo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni ed integrazioni, per attività da svolgere nell'ambito del Progetto, finanziato dalla Regione Lombardia, 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 assistente sociale**

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

- **DIPLOMA DI LAUREA IN SCIENZE DEL SERVIZIO SOCIALE O DIPLOMA UNIVERSITARIO DI ASSISTENTE SOCIALE O TITOLI EQUIPOLLENTI AI SENSI DI LEGGE;**

Sarà considerato titolo preferenziale:

- esperienza professionale acquisita presso Strutture di Salute mentale di enti sanitari del S.S.N. o accreditati;

Si precisa inoltre che:

- l'attività oggetto del presente incarico farà riferimento a prestazioni specialistiche da espletare presso l'U.O. di Psichiatria del P.O. di Sesto San Giovanni;
- l'impegno orario è di 125 ore totali (da fare entro il 30 aprile 2014), la cui articolazione sarà specificata in accordo con i Responsabili dell'U.O. di riferimento;
- il compenso orario lordo onnicomprensivo è di € 18,50;

Si rammenta che per i suddetti incarichi 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.

Le domande per i profili professionali messi 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 17 MARZO 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 certificata (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 plichi 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 dall'incarico di collaborazione 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 20 marzo 2014 alle ore 9.30 presso l'U.O. Gestione Risorse Umane e Organizzazione - via Castelvetro, 22 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 entro e non oltre il 18 marzo 2014.**

Milano, 7 marzo 2014

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

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

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

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. ....incarico di collaborazione di ..... nell'ambito del progetto **"Trattamento precoce dei primi casi di disturbi psicotici in soggetti giovani. Individuazione precoce dei soggetti con esordio psicotico. Valutazione precoce soggetti a rischio"**.

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 .....di .....prov. ....in data .....
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in.....;
- di essere iscritto nell'albo ..... prov. .... dal..... con il n. .... (indicazione iscrizione albo);
- 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 ai fini della preferenza e precedenza nelle nomine  
 .....  
 ..... ;
- 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. \_\_\_\_\_ incarichi 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) \_\_\_\_\_