



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 7 APRILE 2014

In riferimento alla deliberazione del 13 marzo 2014, n. 160, si invitano gli interessati ad ottenere l'incarico sotto riportato ad inoltrare all'U.O. Gestione Risorse Umane degli 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-audiologo, 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 OTORINOLARINGOIATRIA – o disciplina affine o equipollente**
- **ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI**
- **SPECIFICA E COMPROVATA ESPERIENZA NELLA DIAGNOSI, NEL TRATTAMENTO E NELL'ASPETTO RIABILITATIVO DELLA SORDITA' INFANTILE;**

Si precisa inoltre che:

- l'attività oggetto del presente incarico dovrà svolgersi sotto la direzione del Direttore del centro della sordità infantile e prevede n. 1 accesso a settimana;
- l'attività oggetto della presente collaborazione avrà durata sino al 31 dicembre 2014;
- il compenso massimo lordo onnicomprensivo per l'intera durata dell'incarico è pari a € 5.000,00;

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 l'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 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 7 APRILE 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 certificata (PEC) alla casella di posta

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

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 essere inoltre allegata la scansione di un documento di identità valido.

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 comunicazioni 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.

CONVOCAZIONE CANDIDATI

La data e la sede in cui si svolgerà il colloquio verranno pubblicate, non meno di 5 giorni prima dell'inizio della prova medesima, sul sito aziendale www.icp.mi.it sezione Amministrazione Trasparente > Bandi di Concorso > Calendario Prove Concorsi,, unitamente all'elenco dei candidati ammessi alla prova stessa.

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 attestata nel curriculum e comunque documentate;
- max punti 30 per: colloquio (idoneità 21/30).

Milano 27 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.incarichi di prestazione d'opera a tempo determinato, di

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 del diploma di specializzazione in.....;
- di essere iscritto nell'albo prov. 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 dell' 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).....

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

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

Via.....cap

Tel.eventuale fax

Cell.....

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
- copia documento valido d'identità
-

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. 1 incarico di collaborazione diè/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) _____