



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	2

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

**SCADENZA ORE 12.00 DEL 13 APRILE 2015**

In riferimento alla deliberazione del 2 aprile 2015 si invitano gli interessati ad ottenere l'incarico sotto riportato ad inoltrare all'U.O. Gestione Risorse Umane e Organizzazione 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. 3 incarichi di collaborazione libero professionale di medico specialista in Pediatria, ai sensi dell'art. 7, comma 65, del D.Lvo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni ed integrazioni, nell'ambito di EXPO 2015.**

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 equipollenti o affini;**
- **Iscrizione ordine dei Medici;**

Si precisa inoltre che:

- oggetto: attività di guardia medica pediatrica;
- l'attività oggetto della presente collaborazione avrà durata dal 1 maggio 2015 al 31 ottobre 2015;
- l'impegno orario complessivo previsto è di 567 ore (max) presso il Pronto Soccorso pediatrico del Presidio Ospedaliero Buzzi, secondo le indicazioni impartite dal Responsabile;
- l'impegno orario può essere frazionabile in base al numero dei candidati ai quali verrà conferito l'incarico;
- il compenso orario lordo è di Euro 60,00

Si precisa che la retribuzione per le attività svolte avverrà a seguito di regolare fattura emessa dal candidato cui verrà affidato il relativo incarico.

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 13 APRILE 2015.**

### **MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

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

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](mailto: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. 3 incarichi di collaborazione libero professionale per medico specialista in pediatria nell'ambito di EXPO 2015"

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).**

Il candidato al quale sarà conferito l'incarico libero professionale dovrà avere una propria organizzazione professionale: iscrizione ad ordini e cassa previdenziale professionale, assicurazione infortuni autonoma e si impegna a mantenere o dotarsi di una copertura assicurativa con massimali adeguati per la RCT per l'esercizio della sua attività ed a depositare copia delle relative polizze presso la Committente.

## **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:

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

- 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)

## **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](http://www.icp.mi.it) sezione Amministrazione Trasparente > Bandi di Concorso > Calendario Prove Concorsi,, unitamente all'elenco dei candidati ammessi alla prova stessa.

Milano, 3 aprile 2015

IL DIRETTORE SANITARIO  
(F.to dott. Cesare Candela)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(F.to dott. Marco Paternoster)

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

Il responsabile dell'istruttoria: dott.ssa Antonella Pesce 02/57995654

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 e colloquio per il conferimento di n. ... incarico di collaborazione libero professionale 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 studio .....presso l'Istituto/Università .....i .....prov. ....in data .....
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in.....;
- di essere iscritto nell'albo ..... prov. ....  
con il n. .... (indicazione iscrizione albo);
- di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi militari.....;

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 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 assegnazione della borsa di studio di che trattasi.

(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
- .....

