



Azienda Ospedaliera  
**Istituti Clinici di Perfezionamento**

Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione convenzionato con l'Università degli Studi di Milano

titolo	classe	sottoclasse	categoria
1	4	15	2

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

### **SCADENZA ORE 12.00 DEL 22 giugno 2015**

In riferimento alla deliberazione del 21 maggio 2015 si invitano gli interessati ad ottenere l'incarico di collaborazione libero professionale, ai sensi dell'art. 7, COMMA 6, del D.L.vo 30 marzo 2001 n. 165, ad un consulente del lavoro, per supporto amministrativo all'attività di verifica del rispetto dei contratti collettivi nazionali di lavoro applicati nei servizi di appalto erogati dall'Azienda, per 12 mesi, da assegnare alla SC Provveditorato Economato, 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. 1 incarico di collaborazione libero professionale per supporto amministrativo, 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:

- **Iscrizione all'albo dei consulenti del lavoro, ai sensi della Legge 11 gennaio 1979, n. 12;**
- **Esperienza in attività attinenti alla quantificazione e valutazione del costo del lavoro/personale nell'ambito degli appalti pubblici di servizi e forniture, pertanto riferiti al diritto privato, svolte presso Enti del Servizio Sanitario Nazionale**

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

Si precisano i contenuti del suddetto incarico di collaborazione libero professionale:

- oggetto: supporto amministrativo con riferimento alla verifica dei contratti collettivi nazionali di lavoro applicati nei servizi di appalto erogati dall'Azienda, nonché assistenza nella gestione dei contenziosi, nelle fasi di verifica e controversie in materia di applicazione del costo del lavoro, per quanto necessario agli adempimenti aziendali;
- circa n. 3 accessi al mese (nell'ambito dei quali potrà garantire supporto amministrativo anche ad altre Strutture dell'Azienda);
- durata: 12 mesi;
- sede: SC Provveditorato Economato;
- compenso previsto: compenso lordo onnicomprensivo pari a Euro 6.000,00;

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 22 giugno 2015.**

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

## 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](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. 1 incarico di collaborazione libero professionale per supporto amministrativo all'attività della S.C. Provveditorato Economato".

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.

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

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)

## CONVOCAZIONE CANDIDATI

**La data del colloquio valutativo, ivi incluso l'elenco dei candidati ammessi, verrà pubblicato, ad ogni conseguente effetto, sul sito aziendale [www.icp.mi.it](http://www.icp.mi.it), sezione Concorsi (avvisi incarichi di collaborazione), non meno di 5 giorni prima della prova stessa.**

Milano, 12 giugno 2015

IL DIRETTORE SANITARIO  
(F.to Cesare Candela)

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

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

Il Responsabile dell'istruttoria: dott. Paolo Zanichelli tel. 02.5799.5665

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

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

- 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. .... email..... 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:

- copia carta di identità
- 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. \_\_\_\_\_ fasciate totali, presentata/e con la domanda di partecipazione all' avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di n. \_\_\_\_\_ incarichi di prestazione d'opera 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) \_\_\_\_\_