



Azienda Ospedaliera  
**Istituti Clinici di Perfezionamento**

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

titolo	classe	sottoclas- se	categoria
1	4	15	1

**AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO VALUTATIVO**

**nell'ambito del progetto sperimentale di ricerca "Valutazione comparativa di modelli gestionali per l'erogazione delle prestazioni di odontoiatria sociale di qualità nell'età geriatrica"**

**SCADENZA ORE 12.00 DEL 16 NOVEMBRE 2015**

In riferimento alla deliberazione del 5 novembre 2015 si invitano gli interessati ad ottenere gli incarichi sotto riportati 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. 2 incarichi di collaborazione libero professionale per odontoiatri, 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 Odontoiatria e Protesi Dentaria;**
- **Iscrizione all'albo dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri, autocertificata come continuativa e senza interruzioni in data non anteriore a mesi sei rispetto a quella di scadenza del presente bando;**
- **Specifica e comprovata esperienza clinica debitamente certificata in riabilitazione dei pazienti anziani con riabilitazione implanto-protetica.**

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

Si precisano inoltre i contenuti dei suddetti incarichi di collaborazione libero professionali:

- oggetto: reclutamento di pazienti edentuli e esecuzione di trattamento implantoplastico;
- impegno orario previsto: 15 ore settimanali;
- durata: sei mesi (max 26 settimane), eventualmente rinnovabile e comunque non oltre la durata del Progetto;
- compenso lordo orario omnicomprensivo: Euro 30,00;
- compenso complessivo previsto: max Euro 23.400,00 lordi omnicomprensivi (Euro 11.400,00 per ciascun incarico);
- Sede: Unità Organizzativa Complessa di Odontostomatologia e Prevenzione Orale dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano;

Si precisa che la retribuzione per le attività svolte avverrà a seguito di regolare fattura emessa dai candidati ai quali verrà affidato il relativo incarico (a decorrere dal 31 marzo 2015 questa Amministrazione accetterà solo fatture trasmesse in forma elettronica secondo il formato di cui all'allegato A "Formato della fattura elettronica" ai sensi del DM n. 55/2013).

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 collaborazione 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.

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).**

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 16 novembre 2015.**

#### 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 .

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. 2 incarichi di collaborazione libero professionale per odontoiatri"**

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 posteriormente alla data di chiusura dell'avviso.

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 24 novembre 2015 alle ore 9,00 presso la Sala Riunioni della Direzione Generale (4° piano – Via Castelvetro, 22 Milano). L'elenco dei candidati ammessi al colloquio, nonché l'individuazione dei candidati ai quali verranno affidati gli incarichi in oggetto, sarà pubblicato, ad ogni conseguente effetto, sul sito aziendale [www.icp.mi.it](http://www.icp.mi.it), sezione Concorsi (avvisi incarichi di collaborazione). Si specifica che l'elenco dei candidati ammessi al colloquio verrà pubblicato entro e non oltre il 18 novembre 2015**

Milano, 6 novembre 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)

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 collaborazione 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 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);
- 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 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

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:

- copia documento personale d'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. \_\_\_\_\_ facciate totali, presentata/e con la domanda di partecipazione all' avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 2 incarichi di collaborazione di .....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) \_\_\_\_\_