



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 DELL' 11 gennaio 2016

In riferimento alla deliberazione del 23 dicembre 2015 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 "Pediatria di prossimità", 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 per medico specialista in pediatria 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**
- **SPECIALIZZAZIONE IN PEDIATRIA o disciplina affine o equipollente**
- **ISCRIZIONE ALBO DELL'ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGI**

Si precisa inoltre che:

- l'attività è da espletare presso il Poliambulatorio di Via Monte Palombino a Milano;
- impegno previsto: sabato mattina;
- l'attività oggetto della presente collaborazione avrà la durata sino al 31 dicembre 2016, eventualmente rinnovabile;
- il collaboratore effettuerà visite nell'ambito del Progetto "Pediatria di prossimità";
- il compenso lordo totale onnicomprensivo è pari a Euro 6.000,00;

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 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.

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 dell'11 gennaio 2016**

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 incarico di collaborazione medico specialista in pediatria - Progetto Pediatria di prossimità

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 8.30 alle ore 15.30.

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

Il colloquio è fissato, ad ogni conseguente effetto, per il giorno 14 gennaio 2016 alle 15.30 presso l'Aula Nicolini – padiglione Guaita – I Piano del P.O. Buzzi, via Castelvetro, 32 Milano. L'elenco dei candidati ammessi al colloquio, sarà pubblicato, ad ogni conseguente effetto, sul sito aziendale www.icp.mi.it, sezione

Concorsi (avvisi incarichi di collaborazione). Si specifica che l'elenco dei candidati ammessi verrà pubblicato entro e non oltre il 12 gennaio 2016.

Milano, 29 dicembre 2015

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

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

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

Sede Legale: via Castelvetro, 22 - 20154 Milano – Cod. Fisc. 80031750153 - P.IVA 04408300152 - 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 n. 1 medico specialista in pediatria.

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

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

- di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni con la precisazione della motivazione della 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*)..... .

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:

- copia carta 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. _____ fasciate 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) _____