



<i>titolo</i>	<i>classe</i>	<i>sottoclasse</i>	<i>categoria</i>
1	4	2	1

# AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO

per il conferimento  
di un posto, a tempo pieno e determinato, di

## DIRIGENTE MEDICO DI CURE PALLIATIVE

In riferimento alla deliberazione in data 5 settembre 2017 e in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 9 della Legge 207/85 e con i criteri, per quanto applicabili, di cui agli artt. 1,4,9,10 e 11 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483, si invitano gli interessati ad ottenere l'incarico di cui sopra ad inoltrare alla Direzione Amministrativa dell'ASST Nord Milano apposita domanda in carta semplice, redatta conformemente a quanto stabilito dall'art. 3 dello stesso decreto.

Gli aspiranti **dovranno essere in possesso dei requisiti generali prescritti** dalla vigente normativa ovvero:

- **Possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero il possesso dei requisiti di cui all'art.38, commi 1 e 3 bis del D.Lgs. 165/01, così come modificato dall'art.7 della legge 97/2013.**
- **Idoneità fisica piena ed incondizionata alla mansione. L'accertamento dell'idoneità fisica piena ed incondizionata alla mansione è effettuato dall'Azienda prima dell'immissione in servizio**

e dei seguenti **requisiti specifici** ovvero:

- **Laurea in Medicina e Chirurgia;**
- **Specializzazione in disciplina di Cure Palliative o, ai sensi dell'art. 56 - comma 1 - del d.p.r. n. 483/1997, in specializzazioni riconosciute equipollenti e affini dalle tabelle dei relativi decreti ministeriali in data 30 gennaio 1998 e 31 gennaio 1998 e successive modifiche ed integrazioni o possesso della certificazione di cui al decreto 4 giugno 2015 del Ministero della Salute, pubblicato in G.U. n. 150 dell'1 luglio 2015;**
- **Iscrizione all'albo dell'ordine dei medici, autocertificata in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del presente avviso.**

Le domande dovranno pervenire perentoriamente all'ASST Nord Milano – Milano – Ufficio Protocollo Via L. Castelvetro n. 22 – 20154 Milano

**entro e non oltre le ore 12.00 del 5 ottobre 2017**

## MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande inoltrate tramite **Raccomandata a.r.** dovranno essere spedite al seguente indirizzo: “Ufficio Protocollo – ASST Nord Milano. – Via Castelvetro n. 22 – 20154 Milano”, ovvero mediante invio di **posta elettronica certificata (PEC)** alla casella di posta elettronica certificata: [protocollo@pec.asst-nordmilano.it](mailto:protocollo@pec.asst-nordmilano.it)

Qualora la domanda di partecipazione sia inviata tramite posta elettronica certificata, la relativa mail dovrà riportare il seguente oggetto: “Avviso pubblico per Dirigente Medico di Cure Palliative”  
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.

In caso di **consegna a mano**, le domande dovranno essere consegnate al suddetto Ufficio Protocollo, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.30 alle ore 12.30 e dalle ore 13.30 alle ore 15.30.

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 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 dell'ASST Nord Milano 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.

**Si ricorda che i titoli indicati nel curriculum saranno valutati solo nel caso in cui lo stesso sia espressamente dichiarato “valevole quale dichiarazione sostitutiva ai sensi di legge” (DPR 28 dicembre 2000 n. 445, come modificato ed integrato dall'art. 15 della L. 183/2011).**

## SVOLGIMENTO DELLA SELEZIONE

**Il colloquio valutativo è fissato**, ad ogni conseguente effetto, per il giorno **24 ottobre 2017 alle ore 10.00** presso la Sala Riunioni dell' Hospice - 7° piano - Ospedale Bassini – viale M: Gorki 50, Cinisello Balsamo (MI). L'elenco dei candidati ammessi al colloquio, sarà pubblicato, ad ogni conseguente effetto, sul sito aziendale [www.asst-nordmilano.it](http://www.asst-nordmilano.it), sezione Concorsi/Avvisi pubblici. Si specifica che l'elenco dei candidati ammessi al colloquio verrà pubblicato entro e non oltre **il 19 ottobre 2017**.

I candidati che non si presenteranno a sostenere il colloquio verranno ritenuti rinunciatari.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di conferire i posti tenendo conto della graduatoria che verrà formulata in base ai titoli presentati a corredo della domanda e all'esito del colloquio.

I candidati che non raggiungeranno una valutazione di sufficienza pari a 14/20 non saranno considerati idonei nella relativa graduatoria di merito.

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 comunica altresì che **la graduatoria è utilizzabile indifferentemente per la copertura di posti a tempo determinato, vacanti o per supplenze in relazione alle effettive e contingenti esigenze dei reparti interessati all'interno dell'Azienda.** La rinuncia all'assunzione a tempo determinato, a prescindere dal titolo su cui è fondata (posto vacante o supplenza), comporta l'automatica decadenza dalla graduatoria.

Milano, 20 settembre 2017

IL DIRETTORE  
SANITARIO  
(dott. Cesare Candela)

IL DIRETTORE  
AMMINISTRATIVO  
(dott. Marco Paternoster)

IL DIRETTORE  
SOCIOSANITARIO  
(d.ssa Pamela Moser)

IL DIRETTORE GENERALE  
(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**

**ASST NORD MILANO**

Ufficio Protocollo  
Via L. Castelvetro, 22  
20154 Milano

Il/la sottoscritto/a .....

**Chiede**

di essere ammesso all'avviso pubblico per titoli e colloquio per la copertura di n. .... posto/i 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, ovvero licenziato;
- di aver conseguito i seguenti titolo di studio:  
LAUREA in ..... presso l'Istituto/Università ..... di ..... prov ..... in data.....  
SPECIALIZZAZIONE in .....presso l'Istituto/Università ..... di ..... prov ..... in data .....  
durata anni corso ..... ai sensi del DLvo 257/91 / normativa CEE (indicare se ai sensi o no);  
o  
POSSESSO CERTIFICAZIONE di cui al decreto 4 giugno 2015 del Ministero della Salute, pubblicato in G.U. n. 150 dell'1 luglio 2015 (istanza di riconoscimento da presentare secondo disposizioni D.G.R. n. 5341 del 27/06/2016)
- di essere iscritto nell'albo di ..... prov. ....  
con il n. .... (indicazione iscrizione albo) dal ..... senza interruzione;

- 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);
- di essere in possesso dei seguenti titoli ai fini della preferenza e precedenza nelle nomine .....;
- 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) .....
- di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni con la precisazione della motivazione della eventuale cessazione  
*Indicare solo i servizi svolti come dipendente strutturato - sia in ruolo che a tempo determinato - presso enti del Servizio Sanitario Nazionale o Enti Privati accreditati (convenzionati SSN) , inclusi i servizi come specialista ambulatoriale, specificando le esatte decorrenze, la disciplina in cui si è prestato servizio e le ore settimanali per i sumasti.*  
di aver prestato servizio presso .....città. ....  
nel profilo di .....dal .....al ....., motivi  
cessazione dal servizio: .....;
- (oppure di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni);
- di essere in possesso dei seguenti titoli:  
**TITOLI ACCADEMICI**  
Indicare le eventuali specializzazioni conseguite oltre a quella richiesta come requisito di ammissione  
**PUBBLICAZIONI**  
Presentare elenco dei lavori svolti e copie (autocertificate) dei lavori stessi  
**CURRICULUM**  
Indicare tutti i rimanenti titoli che si vogliono far valutare:
  - servizi come libero professionisti/consulenti/ contratti vari atipici e occasionali
  - corsi di aggiornamento (come discente/docente)
  - master, corsi di perfezionamento, stages
  - attività di ricerca, attività di docenza
  - casistiche operatorie
  - varie
- **di avere preso visione del Regolamento Aziendale “per la selezione del personale ai fini della costituzione del rapporto di lavoro e della progressione di carriera” accessibile sul sito [www.asst-nordmilano.it](http://www.asst-nordmilano.it) ed accettare integralmente le condizioni stabilite nel medesimo regolamento, rinunciando a qualsiasi azione volta ad interrompere l’esperienza della procedura in argomento;**

**Firma** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio al quale deve ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione al riguardo: Via.....

cap.....città.....prov..... 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:

- 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 la copertura di n. \_\_\_\_\_ posto/i 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) \_\_\_\_\_