



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	2	1

**AVVISO PUBBLICO  
PER TITOLI E COLLOQUIO**  
per il conferimento  
di un posto, a tempo pieno e determinato, di

**DIRIGENTE MEDICO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE**  
**da assegnare al Presidio Ospedaliero Centro Traumatologico Ortopedico**

In riferimento alla deliberazione in data 23 aprile 2015 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 degli Istituti Clinici di Perfezionamento 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 e dei seguenti requisiti specifici:

- ✓ **Laurea in Medicina e Chirurgia;**
- ✓ **Specializzazione in medicina fisica e riabilitazione o equipollente o affine;**
- ✓ **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'A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento – Milano - via L. Castelvetro n. 22 – 20154 Milano

**entro e non oltre le ore 12.00 del 19 maggio 2015**

**MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

Le domande inoltrate 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

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 Medicina Fisica e Riabilitazione"

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

Sistema Qualità UNI EN ISO 9000  Certificato n. 9122 AOIS

Sistema Sanitario  Regione Lombardia

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 8.00 alle ore 16.00.

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.

**SI RICORDA CHE I TITOLI E QUANTO INDICATO NEL CURRICULUM SARA' VALUTATO SOLO SE IN ORIGINALE o espressamente AUTOCERTIFICATO AI SENSI DI LEGGE (DPR 28 dicembre 2000 n. 445, come modificato ed integrato dall'art. 15 della L. 183/2011)**

## SVOLGIMENTO DELLA SELEZIONE

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, 4 maggio 2015

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

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

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 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;
- 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);
- 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 .....

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 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 summaisti.*

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.icp.mi.it](http://www.icp.mi.it) ed accettare integralmente le condizioni stabilite nel medesimo regolamento, rinunciando a qualsiasi azione volta ad interrompere l’esperimento 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 (dei documenti una copia sola);
- 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) \_\_\_\_\_