



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 VALUTATIVO**

**SCADENZA ORE 12.00 DEL 3 APRILE 2015**

Per l'affidamento di :

**n. 2 contratti a tempo determinato, della durata semestrale, con un impegno orario settimanale di n. 38 ore, ai sensi dell'art. 15 octies del D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, per attività di Guardia Medica, da svolgere nell'ambito di EXPO 2015**

### **a dirigenti medici di medicina interna**

In riferimento alla determinazione dell'Unità Organizzativa Gestione Risorse Umane e Organizzazione del 23 marzo 2015, n. 130 ed all'art. 15 octies del D.lgs. 502/92 e s. m. e i., 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, allegando il curriculum professionale ed ogni altra documentazione ritenuta utile.

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 medicina interna 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**

Sarà valutata nell'ambito del C.V.:

- **comprovata esperienza presso il Pronto soccorso/ Primo soccorso/Dipartimenti Emergenza-Urgenza**

### **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

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

- 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. 2 contratti a tempo determinato, ai sensi dell'art. 15 octies del D.Lgs 502/1992 a dirigenti medici di medicina interna"

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).**

## **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.

## **CONVOCAZIONE CANDIDATI**

La data e la sede in cui si svolgerà il colloquio verranno pubblicate, non meno di 5 giorni prima dell'inizio della prova medesima, sul sito aziendale [www.icp.mi.it](http://www.icp.mi.it) sezione Amministrazione Trasparente > Bandi di Concorso > Calendario Prove Concorsi, unitamente all'elenco dei candidati ammessi alla prova stessa.

Milano, 25 marzo 2015

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

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

Il Responsabile dell'istruttoria: dott.ssa Antonella Pesce ☎ 02/57995654

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 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 .....

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

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  
.....;
- 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’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)