



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 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE da assegnare all'Unità Operativa di Neurologia Pediatrica del Presidio Ospedaliero Buzzi

In riferimento alla deliberazione in data 15 settembre 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 neuropsichiatria infantile 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.

Nell'ambito del curriculum sarà particolarmente valutato il possesso delle seguenti competenze:

- esperienza nel campo dell'urgenza neurologica neonatale e pediatrica;

- esperienza nel campo dell'epilettologia ed elettroencefalografia, neonatale ed infantile;

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 5 ottobre 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

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

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 Neuropsichiatria Infantile"**

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 rinunciari.

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, 23 settembre 2015

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

IL DIRETTORE SANITARIO
F.to dott. Cesare Alessandro 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, ovvero licenziato;
- di aver conseguito i seguenti titolo di studio:
LAUREA in presso l'Istituto/Università di prov in data.....
SPECIALIZZAZIONE inpresso 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;

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

- 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 pressocittà.
nel profilo didalal, 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 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) _____

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