



Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria



Via Venezia, 16 – 15121 ALESSANDRIA
Tel. 0131/206111 – www.ospedale.al.it
info@ospedale.al.it
asoalexandria@pec.ospedale.al.it (solo certificata)

Bollettino Ufficiale Regione Piemonte n°25 del 21/06/2012

SCADENZA: 6 LUGLIO 2012

AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO A TEMPO DETERMINATO A N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DI RADIOTERAPIA (Cod. 11/2012).

In esecuzione della determinazione dirigenziale n° 253 del 12 giugno 2012, è indetta la procedura di conferimento di incarico a tempo determinato, per titoli e colloquio, del seguente posto:

RUOLO SANITARIO

PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO

N. 1 DIRIGENTE MEDICO DI RADIOTERAPIA

REQUISITI GENERALI E SPECIFICI DI AMMISSIONE (Artt. 1 e 24 D.P.R. 10.12.1997 n°483)

- a) laurea in medicina e chirurgia;
- b) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso o equipollente ai sensi del DM 30/01/1998 (non sono previste affinità per la disciplina oggetto di concorso ai sensi del DM 31/01/1998);
- c) iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici – Chirurghi, autocertificata indicando tutti gli elementi identificativi ed in particolare: la sede dell'Ordine di appartenenza, il n° di iscrizione e la decorrenza della stessa.

L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso per la presentazione della domanda di ammissione.

Il difetto anche di uno solo dei requisiti prescritti comporta la non ammissione alla selezione.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE (Artt. 2 e 3 D.P.R. n° 483/97)

Le domande di ammissione alla selezione, redatte in carta semplice, secondo lo schema allegato al bando, comprensivo di *fac-simile* di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, **dovranno pervenire, entro il termine perentorio di giorni 15**, naturali e successivi alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, con **raccomandata con avviso di ricevimento**, al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" - Via Venezia n° 16 - 15121 Alessandria oppure mediante trasmissione in formato *.pdf* di tutta la documentazione richiesta dal presente avviso attraverso **posta elettronica certificata (PEC)** all'indirizzo personale@pec.ospedale.al.it.

Qualora la scadenza coincida in un giorno festivo il termine si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La firma in calce alla domanda non è soggetta ad autenticazione.

Gli interessati sotto la propria responsabilità devono espressamente indicare:

1. cognome e nome;
2. luogo e data di nascita;
3. residenza;
4. il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
5. il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle liste medesime;

6. le eventuali condanne penali riportate; in caso negativo dichiarare espressamente di non averne riportate;
7. i titoli di studio posseduti, con l'indicazione della data, della sede e della denominazione completa dell'Istituto o degli Istituti in cui i titoli sono stati conseguiti; (nel caso di conseguimento all'estero, gli estremi del provvedimento del Ministero della Salute con il quale ne è stato disposto il riconoscimento in Italia);
8. la posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soggetti nati entro il 1985);
9. i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e le eventuali cause di cessazione di precedenti rapporti di pubblico impiego. In caso negativo dichiarare espressamente di non avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni;
10. di aver diritto alla precedenza o alla preferenza, a parità di merito, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 487/1994 (indicare la categoria di appartenenza); omettere tale dichiarazione in caso di non appartenenza ad alcuna categoria;
11. il possesso dei requisiti specifici per l'ammissione alla selezione;
12. l'autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs. 30.06.2003 n° 196 finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura selettiva.
13. il domicilio (ed eventuale n° telefonico) presso il quale dovrà essere inviata ogni eventuale comunicazione inerente la selezione. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza indicata nella domanda di ammissione. I candidati hanno l'obbligo di comunicare gli eventuali cambiamenti di indirizzo all' Azienda Ospedaliera.

La domanda dovrà essere sottoscritta in originale, pena l'inammissibilità dell'aspirante.

Ai sensi dell'art. 20 della L. 05.02.1992, n° 104, i candidati portatori di *handicap* hanno la facoltà di indicare nella domanda di partecipazione, l'ausilio necessario in relazione al proprio *handicap*, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per l'espletamento della prova.

L'amministrazione declina, sin d'ora, ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del candidato o da mancata, oppure tardiva, comunicazione del cambio di indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

I titoli (non autocertificabili) possono essere prodotti in originale, in copia autenticata ovvero con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art 47 del D.P.R. n° 445/2000 nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente. Con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà è peraltro possibile comprovare la conformità all'originale della copia di titoli di studio o di servizio o di altro documento (artt. 19 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n.445).

Le dichiarazioni sostitutive rese dai candidati ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 dovranno contenere tutti gli elementi necessari ai fini della valutazione; dichiarazioni carenti in tutto o in parte di tali elementi potranno determinare l'esclusione dalla valutazione.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è presentata unitamente ad una copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

E' riservata a questa Amministrazione la facoltà di richiedere quelle integrazioni, rettifiche e regolarizzazioni di documenti che saranno legittimamente attuabili e necessarie.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa e presentate in originale o in copia tratta dagli originali pubblicati (dichiarata conforme all'originale dal candidato). Per coloro che si avvarranno dell'invio tramite posta elettronica certificata le pubblicazioni dovranno essere allegate in formato *.pdf*.

Si precisa che, ai fini della valutazione della specializzazione, è richiesta l'indicazione della normativa in base alla quale è stata conseguita (d. lgs 08.08.1991, n° 257), la data di conseguimento, la durata in anni accademici, nonché l'indicazione completa dell'università che ha rilasciato il titolo.

Si precisa, inoltre, che, ai fini della valutazione del servizio militare, l'unico documento valido è il foglio matricolare/stato di servizio militare, ai sensi della legge n° 958/86 ovvero idonea autocertificazione contenente tutti gli estremi per una corretta valutazione.

Le omesse o incomplete presentazioni di documenti o dichiarazioni non permetteranno l'assegnazione di alcun punteggio.

PROVA DI SELEZIONE

Il colloquio (punti 50) verterà sulla disciplina oggetto della selezione.

La graduatoria sarà formulata da apposito Collegio Tecnico composto da:

Presidente: il Dirigente Medico preposto alla struttura;
Componenti: due dirigenti medici appartenenti al profilo e alla disciplina oggetto della selezione designati dal Direttore del Dipartimento;
Segretario verbalizzante: un funzionario amministrativo dell'Azienda Ospedaliera.

La graduatoria sarà formulata sulla base dell'esito del colloquio e dei titoli prodotti da valutarsi secondo i criteri previsti dal D.P.R. 483/97.

L'incarico attribuito sarà conferito al vincitore della selezione per un periodo massimo di un anno in attesa dell'espletamento del concorso e comunque non oltre l'immissione in servizio del vincitore del relativo pubblico concorso.

DIARIO D'ESAME

Il colloquio avrà luogo il giorno **giovedì 12 luglio 2012 alle ore 14,00** presso l'Azienda Ospedaliera "SS Antonio e Biagio e C. Arrigo" Uffici amministrativi - 'Aula didattica - Piano terra – Via S. Caterina da Siena n°30 – Alessandria.

La pubblicazione del diario di esame sul presente avviso assolve, a tutti gli effetti, il valore di notifica.

I candidati che non si presenteranno all'ora e nel giorno sopra indicati saranno considerati rinunciatari alla selezione.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla S.C. Gestione e Sviluppo del Personale - Via S. Caterina n° 30, Alessandria - Tel.0131/206764 – 206728.

IL DIRETTORE
S.C. Gestione e Sviluppo del Personale
(Dott.ssa Patrizia NEBIOLO)

ALL. A (Schema esemplificativo della domanda)

AI DIRETTORE GENERALE
Azienda Ospedaliera Nazionale
"SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo"
Via Venezia, 16
15121 ALESSANDRIA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____

residente in _____ Prov. _____ via _____ n° _____ CAP _____

rivolge istanza di partecipazione all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarico a n° 1 posto di Dirigente Medico di **RADIOTERAPIA (Cod. n° 11/2012)**.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____ ;
- di risiedere a _____ prov. _____ via _____ ;
- di essere cittadino/a italiano/a (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana _____);
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime);
- di aver/non aver riportato le seguenti condanne penali _____ (da indicarsi anche se sia stato concesso indulto, amnistia, condono - ovvero gli eventuali carichi pendenti);
- di essere in possesso del diploma di laurea in _____ ;
- di essere in possesso della specializzazione in _____ conseguita presso l'Università _____ di _____ in data _____ ai sensi del _____ ;
- di essere iscritto all'albo dell'ordine dei Medici Chirurghi della provincia di _____ a decorrere dal _____ al n° _____ ;
- di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____ ;
- di aver/ non aver prestato i seguenti servizi presso le P.A. _____ (e le eventuali cause di cessazione);
- di aver diritto alla precedenza o alla preferenza, a parità di merito, ai sensi dell'art.5 del D.P.R. 487/1994 in quanto appartenente alla seguente categoria _____ (omettere tale dichiarazione in caso di non appartenenza ad alcuna categoria di cui all'art.5 del D.P.R. 487/1994);
- che il domicilio presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative all'avviso è: (cognome, nome, indirizzo, città, telefono).

Si allega copia non autenticata del proprio documento di identità, in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a rilascia il consenso affinché l'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria tratti i propri dati personali nei limiti strettamente necessari all'espletamento della presente procedura concorsuale e nel rispetto della vigente normativa in materia di privacy ai sensi del d.lgs. 196/2003.

Firma
(per esteso)

Data _____

ALL. B (Schema esemplificativo di dichiarazione)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA' (Artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n.445).

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ a _____ e residente a _____,

consapevole delle sanzioni penali che, a norma dell'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, l'art. 483 del Codice Penale prevede in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, dichiara sotto la sua personale responsabilità:

- di _____ avere conseguito i seguenti titoli di studio (1): _____
- di _____ essere iscritto/a nei seguenti elenchi/albi: _____
- che le copie delle seguenti pubblicazioni e/o altri titoli, allegati, nell'ordine, alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali: _____
- di aver partecipato ai seguenti corsi (2): _____
- di avere prestato servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni (3): _____

Il sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali che, a norma dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, l'art.483 del Codice Penale prevede in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti.

LUOGO E DATA _____

IL DICHIARANTE _____

(Al fine di accelerare il procedimento, gli interessati sono invitati ad allegare alla presente dichiarazione una fotocopia semplice di certificati e dei titoli oggetto della stessa nonché una copia non autenticata del proprio documento di riconoscimento in corso di validità).

NOTE PER LA COMPILAZIONE:

- 1) Qualora l'interessato dichiari di avere conseguito titolo di studio, qualifiche, specializzazioni, abilitazioni, dovrà dichiarare anche data, luogo, istituto di conseguimento;
- 2) Qualora l'interessato dichiari la partecipazione a corsi, convegni, congressi o seminari, dovrà indicare l'oggetto degli stessi, la Società o Ente organizzatore, le date in cui si sono svolti, la durata, se il dichiarante vi ha partecipato in qualità di uditore o relatore e se era previsto un esame finale.
- 3) Qualora l'interessato dichiari di aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni, presso case di cura convenzionate o accreditate o presso privati, dovrà indicare: la qualifica rivestita, il periodo in cui ha prestato servizio (indicare la data di inizio e fine servizio), le eventuali interruzioni (aspettative, congedi, ecc.) con indicazione dei periodi, la tipologia di rapporto di lavoro (libero-professionale, convenzionato o dipendente; in quest'ultimo caso indicare se si tratta di rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, a tempo pieno o a part-time). Qualora il servizio sia prestato presso aziende o enti del servizio sanitario nazionale, indicare se ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n° 761/79, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, deve essere precisata la misura della riduzione del punteggio.
- 4) Qualora l'interessato dichiari lo svolgimento di attività di docenza, dovrà indicare: il titolo del corso, la società o ente organizzatore, le date in cui è stata svolta l'attività di docenza, il n° di ore di docenza svolte.

