



**Azienda Ospedaliera**  
**Istituto Ortopedico**  
**GAETANO PINI**

Deliberazione n. **398** del **8 SET. 2015** Atti 86/2015

**Oggetto: Approvazione dell'avviso pubblico di selezione mediante comparazione di curricula e colloquio per il conferimento di un incarico libero professionale della durata di un anno a un laureato in medicina e chirurgia, specializzato in reumatologia, da assegnare alla U.O.C. Day Hospital di Reumatologia dell'Azienda Ospedaliera.**

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Premesso che** con nota prot. 10863 del 5 agosto 2015 il Direttore della SC Day Hospital di Reumatologia chiede di poter avviare le procedure finalizzate ad attribuire un incarico libero professionale della durata di un anno, per un impegno massimo di 30 ore settimanali e per un compenso orario lordo di € 27,70 (euro ventisette/70) da assegnare ad un laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Reumatologia, finalizzato a "supporto delle attività assistenziali della Struttura di Reumatologia Day Hospital, identificato come Centro di III livello per intesa di prestazioni erogate con finalità di consentire la riduzione delle liste d'attesa e migliorare la soddisfazione degli utenti che si rivolgono alle cure dell'Istituto" per un importo di € 40.000,00 (euro quarantamila/00) lordi;

**verificato che** il Direttore della SC Day Hospital di Reumatologia ha fatto presente che all'interno dell'organizzazione aziendale non sono disponibili professionalità sufficienti a ricoprire tale incarico e conseguentemente si manifesta la necessità di reperire all'esterno un professionista che abbia le competenze adeguate a garantire il progetto clinico in argomento;

**dato atto** che ai sensi dell'art. 7, comma 6 e segg., del d.lgs. 165/2001 e s.m.i. "per esigenze cui non possono far fronte con personale in servizio, le amministrazioni pubbliche possono conferire incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo, di natura occasionale o coordinata e continuativa, ad esperti di particolare e comprovata specializzazione anche universitaria, in presenza dei seguenti presupposti di legittimità:

- a) l'oggetto della prestazione deve corrispondere alle competenze attribuite dall'ordinamento all'amministrazione conferente e ad obiettivi e progetti specifici e determinati e deve risultare coerente con l'esigenze dell'Amministrazione conferente;
- b) l'amministrazione deve avere preliminarmente accertato l'impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili al suo interno;
- c) la prestazione deve essere di natura temporanea e altamente qualificata;



Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
**GAETANO PINI**

|                  |     |                 |              |
|------------------|-----|-----------------|--------------|
| Deliberazione n. | 398 | del 8 SET. 2015 | Atti 86/2015 |
|------------------|-----|-----------------|--------------|

d) devono essere preventivamente determinati durata, luogo, oggetto e compenso della collaborazione;

**considerato** che tutte le condizioni di cui sopra sono state positivamente verificate;

**preso atto** che trattasi di incarico straordinario e a carattere temporaneo e che il professionista che sarà individuato svolgerà la propria attività con autonomia di tempi e modi senza alcun inserimento funzionale e continuativo all'interno della S.C. Day Hospital di Reumatologia;

**dato atto che** il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Azienda essendo totalmente finanziato con fondi provenienti da erogazioni liberali dalla Società MSD Italia s.r.l. di Roma acquisiti con deliberazione n. 264 dell'8 giugno 2015 per l'importo di € 20.000,00 (euro ventimila/00), da fondi giacenti da sperimentazioni di cui alle deliberazioni n. 416 del 20 ottobre 2014 per € 7.820,00 (euro settemilaottocentoventi/00), n. 313 del 25 luglio 2014 pari ad € 9.180 (euro novemilacentottanta/00), n. 276 del 9 luglio 2014 pari ad € 3.000 (euro tremila/00);

**visti** i pareri favorevoli espressi, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ai sensi degli artt. 3 e 3bis del d.lgs. 502/92 s.m.i.;

**delibera**

per le motivazioni indicate in premessa:

- 1) di emanare un avviso pubblico – che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento - di selezione mediante comparazione di curricula per il conferimento di un incarico di collaborazione – ai sensi dell'art. 7, comma 6, del d.lgs. 165/2001 e s.m.i. - della durata di un anno per un impegno massimo di 30 ore settimanali e per un compenso orario lordo di € 27,70 (euro ventisette/70), da affidare ad un laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Reumatologia a “supporto delle attività assistenziali della Struttura di Reumatologia Day Hospital, identificato come Centro di III livello per intesa di prestazioni erogate con finalità di consentire la riduzione delle liste d'attesa e migliorare la soddisfazione degli utenti che si rivolgono alle cure dell'Istituto” per un importo di € 40.000,00 (euro quarantamila/00) lordi;
- 2) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio aziendale essendo totalmente finanziato mediante fondi liberali erogati dalla Società MSD Italia s.r.l. di Roma acquisiti con deliberazione n. 264 dell'8 giugno 2015 per l'importo di € 20.000,00



Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
**GAETANO PINI**

Deliberazione n. 393 del 8 SET. 2015 Atti 86/2015

(euro ventimila/00) e da fondi giacenti da sperimentazione acquisiti con deliberazioni n. 416 del 20 ottobre 2014 pari ad € 7.820,00 (euro settemilaottocentoventi/00), n. 313 del 25 luglio 2014 pari ad € 9.180 (euro novemilacentottanta/00), n. 276 del 9 luglio 2014 pari ad € 3.000 (euro tremila/00);

- 3) di dare atto che la spesa derivante dal presente provvedimento pari ad € 40.000,00 (quarantamila/00) lordi è da imputare sui bilanci preventivi economici degli esercizi di competenza sul conto economico n. 51002000005 consulenze sanitarie da privato;
- 4) di dare pubblicità al presente incarico sul sito internet aziendale nell'ambito dei dati della sezione "Amministrazione Trasparente", ai sensi del D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33;
- 5) di dichiarare il presente atto non soggetto a controllo preventivo (art. 18, comma 7, L.R. n.33/2009);
- 6) di disporre la pubblicazione della presente deliberazione, dando atto che la stessa è immediatamente esecutiva (art. 18, comma 9 della L.R. n. 33/2009).

IL DIRETTORE GENERALE  
(dott. Amedeo S. Tropiano)

CON I PARERI FAVOREVOLI DI COMPETENZA DEL  
DIRETTORE AMMINISTRATIVO      DIRETTORE SANITARIO  
(dott. Renato Malaguti)      (dott. Nunzio A. Buccino)

S.C. Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento.

Responsabile del Procedimento: dott.ssa Sandra Di Simone

Pratica trattata da: dott.ssa Donatella Marsilio



|                      |                 |              |
|----------------------|-----------------|--------------|
| Deliberazione n. 398 | del 8 SET. 2015 | Atti 86/2015 |
|----------------------|-----------------|--------------|

**RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE**

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo online di questa Azienda Ospedaliera, per rimanervi affissa per quindici giorni consecutivi.

Milano, li 8 SET. 2015

U.O. AFFARI GENERALI E LEGALI  
L'ASSISTENTE AMMINISTRATIVO  
(Maria Cianchella)

www.Albopretorionline.it 09109175

L'atto si compone di n. 20 (venti facciate), di cui 16 di allegati



**Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
GAETANO PINI**

**AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE, MEDIANTE  
COMPARAZIONE DI CURRICULA E COLLOQUIO, PER IL  
CONFERIMENTO DI UN INCARICO LIBERO PROFESSIONALE  
AD UN LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA  
SPECIALIZZATO IN REUMATOLOGIA.**

**SCADENZA ORE 12.00 DEL GIORNO 23 SET. 2015**

**Art. 1 – NATURA DELL'INCARICO**

In esecuzione della deliberazione n. 398 del 8 SET. 2015 atti n. 86/2015 – l'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini intende attribuire un incarico di natura libero professionale ad un laureato in medicina e Chirurgia specializzato in Reumatologia a supporto delle attività assistenziali della U.O.C. Day Hospital Reumatologia, per la realizzazione del progetto di studio dal titolo "supporto delle attività assistenziali della Struttura di Reumatologia Day Hospital, identificato come Centro di III livello per intesa di prestazioni erogate con finalità di consentire la riduzione delle liste d'attesa e migliorare la soddisfazione degli utenti che si rivolgono alle cure dell'Istituto".

L'oggetto dell'incarico consisterà nello svolgimento di attività finalizzate allo studio in argomento nell'ambito della U.O.C. Day Hospital Reumatologia sotto la direzione del dott. Luigi Sinigaglia.

**Art. 2 – REQUISITI**

Per poter essere ammessi alla selezione per il conferimento dell'incarico di cui al presente bando è necessario essere in possesso del seguente titolo di studio e dei seguenti requisiti:

- Laurea in Medicina e Chirurgia;
- Specializzazione in Reumatologia;
- Iscrizione all'Ordine Professionale dei Medici Chirurghi;

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione alla selezione.

Non saranno ammessi i candidati che, pur in possesso dei requisiti richiesti, siano già dipendenti di pubbliche amministrazioni o siano stati dipendenti di questa Azienda nei 5 anni precedenti l'emissione del bando (L. 724/94 art. 25 comma 1).

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 5 comma 9 del Decreto Legge del 6.07.2012 n. 95, convertito, con modificazioni, della legge 7 agosto 2012, n.



# Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI

135, così come integrato dall'art. 6 del D.Lgs 24 giugno 2014 n. 90 convertito con L. 11 agosto 2014 n. 114 non saranno ammessi alle presente procedura i soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza.

## Art. 3 – DOMANDE

I candidati in possesso dei requisiti sopra indicati possono presentare domanda indirizzata a: **Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini Piazza Cardinal Ferrari, 1 – 20122 MILANO.**

La domanda dovrà essere redatta in carta semplice secondo lo schema allegato al presente bando in distribuzione presso la U.O.C. Gestione delle Risorse Umane dell'Azienda e dovrà essere consegnata all'Ufficio Protocollo (Piazza Cardinal Ferrari 1- Padiglione Principe) entro e non oltre

le ore 12,00 del giorno 23 SET. 2015

Alla scadenza dei termini se non perverranno candidature oppure in caso di una sola candidatura che non consente una valutazione comparativa, saranno riaperti i termini di scadenza di ulteriori 15 giorni con pubblicazione del bando, con indicato il nuovo termine di scadenza. L'eventuale candidatura pervenuta entro il giorno di scadenza sarà ritenuta valida.

Le domande di partecipazione dovranno essere prodotte attraverso una delle seguenti modalità:

consegna a mano all'Ufficio Protocollo  
spedizione con raccomandata con avviso di ricevimento A.R.  
invio tramite PEC Aziendale

Per le domande presentate a mano presso l'Ufficio Protocollo dell'Azienda, con allegata fotocopia di un documento di identità, il termine per la consegna scade alle ore 12,00 del giorno di scadenza del bando.

Gli orari di apertura al pubblico dell'Ufficio Protocollo dell'Azienda sono:  
da lunedì a venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00

L'ultimo giorno utile per la consegna delle domande, l'Ufficio Protocollo sarà aperto dalle ore 9,00 alle ore 12,00.

Si informa che le domande di ammissione non verranno in alcun modo controllate dall'Ufficio Protocollo o dalla U.O..C. Gestione delle Risorse Umane, considerato che nel presente bando vi sono tutte le indicazioni utili affinché le domande vengano predisposte nel modo corretto.

In caso di spedizione attraverso il servizio postale la busta contenente la domanda di partecipazione al concorso dovrà riportare perentoriamente la seguente dicitura: **“avviso pubblico di selezione, mediante comparazione di curricula e colloquio, per il conferimento di un incarico libero**



# Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI

**professionale ad un laureato in medicina e chirurgia specializzato in reumatologia”.**

Per le domande inviate tramite PEC, nel rispetto dei termini di cui sopra, la domanda va trasmessa utilizzando la casella di posta elettronica certificata dell’Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini di Milano: [bandieavvisi@pec.gpini.it](mailto:bandieavvisi@pec.gpini.it)

Gli allegati alla domanda dovranno essere inviati in un unico file e in formato pdf.

Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinato all’utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata personale.

Non sarà ritenuto valido l’invio della domanda da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC aziendale ovvero da casella di posta PEC non personale.

Si precisa che nel caso in cui il candidato scelga di presentare la domanda tramite PEC, come sopra descritto, il termine ultimo di invio da parte dello stesso, a pena di esclusione, resta comunque fissato entro le ore 12,00 del giorno di scadenza del bando.

L’invio della domanda di partecipazione mediante PEC equivale automaticamente ad elezione di domicilio informatico per eventuali future comunicazioni da parte dell’Azienda nei confronti del candidato ( art. 3 del DPCM 6 maggio 2009); l’indirizzo PEC diventa il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l’Azienda Istituto Ortopedico Gaetano Pini.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio e non si terrà conto delle domande, documenti, pubblicazioni e titoli, compresi quelli che conferiscono diritti di precedenza o di preferenza nell’assunzione che saranno inoltrati , qualunque ne sia la causa, dopo il termine di scadenza dell’avviso; la eventuale riserva di invio successivo dei documenti è priva di effetto.

Alla domanda dovrà essere allegato un curriculum vitae datato e firmato, autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e, per le autocertificazioni, fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

## **Art. 4 – DURATA E COMPENSI**

L’incarico, della durata di sei mesi, prevede un impegno orario massimo non superiore a 1440 ore, per 30 ore settimanali, darà diritto a un compenso orario lordo omnicomprensivo pari ad € 27,70 (euro ventisette/70) per un importo complessivo massimo pari ad € 40.000,00 (euro quarantamila/00) lordi, che verrà erogato previa presentazione di regolare fattura e subordinatamente alla attestazione, da parte del Direttore della U.O.C. Day Hospital Reumatologia dott. Luigi Sinigaglia, di regolarità nello svolgimento dell’incarico.



**Art. 5 – MODALITA' DI SELEZIONE, COMMISSIONE  
GIUDICATRICE, NOMINA DEL VINCITORE E AFFIDAMENTO  
DEI COMPITI**

La selezione dei candidati avviene ad opera di apposita Commissione Giudicatrice, costituita nel seguente modo:

- Direttore della U.O.C. Day Hospital Reumatologia ;
- Dirigente Medico Responsabile della U.O.C. Day Hospital Reumatologia
- Dirigente Medico Responsabile della U.O.C. Day Hospital Reumatologia

La selezione sarà operata dalla Commissione Giudicatrice in base alla valutazione complessiva del curriculum vitae del candidato e, in caso di partecipazione di più candidati, sulla base di una valutazione comparativa. Per la valutazione dei titoli accademici e di studio, delle pubblicazioni e dei titoli scientifici, del curriculum formativo e professionale, si utilizzeranno i criteri di cui al D.P.R. n. 483/1997.

I partecipanti all'avviso saranno convocati per sostenere un colloquio che verterà sulle materie oggetto dell'incarico.

Al termine della selezione la Commissione individuerà il candidato a cui sarà affidato l'incarico con apposito provvedimento deliberativo del Direttore Generale che sarà pubblicato sull'Albo pretorio on-line.

Il vincitore dovrà presentarsi presso gli uffici della U.O.C. Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali per l'accettazione dell'incarico e la firma del relativo disciplinare entro la data fissata nella comunicazione di conferimento dell'incarico. La mancata presentazione entro il termine fissato equivarrà a rinuncia al conferimento dell'incarico.

Al momento dell'affidamento dell'incarico il vincitore dovrà dichiarare sotto la priora responsabilità:

- di non essere dipendente del Servizio Sanitario nazionale;
- di non trovarsi in conflitto di interessi, con riferimento all'oggetto dell'incarico e di non avere contenziosi penali, civili o amministrativi nei confronti dell'Azienda né di avere riportato condanne penali.

**Art. 6 – COPERTURA ASSICURATIVA**

Per quanto riguarda la responsabilità civile per eventuali danni cagionati a terzi nell'ambito dell'attività svolta dal libero professionista, lo stesso è tenuto a stipulare idonea polizza assicurativa che tenga indenne l'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini da ogni eventuale responsabilità civile e professionale. Per quanto riguarda il rischio infortuni e le malattie professionali il titolare di incarico libero professionale deve stipulare un'adeguata polizza di assicurazione. Non è prevista alcuna forma



di tutela legale a favore del libero professionista conseguente all'attività dello stesso svolta.

#### **Art. 7 – NATURA GIURIDICA DEL CONTRATTO**

L'incarico non costituisce rapporto di lavoro subordinato.

L'attività si configura quale incarico professionale stipulato ai sensi dell'art. 7 comma 6 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e dell'art. 2222 e seguenti del codice civile, con autonomia di tempi e modi senza inserimento funzionale e gerarchico nella struttura aziendale.

Prima di iniziare l'attività prevista il candidato risultato vincitore dovrà sottoscrivere apposito disciplinare predisposto dall'Azienda.

#### **Art. 8 – DIRITTI E DOVERI**

L'incarico non comporta l'onere della esclusività e, pertanto, il collaboratore potrà svolgere altre attività che non siano in contrasto e/o in concorrenza con l'attività svolta all'interno dell'Istituto e che non creino danno all'immagine e pregiudizio all'Amministrazione.

Il collaboratore nello svolgimento della propria attività è tenuto ad uniformarsi alle norme di sicurezza in vigore nella struttura stessa.

Il collaboratore è, altresì, tenuto ad osservare le regole del segreto d'ufficio e a mantenere la massima riservatezza con riferimento a fatti, informazioni, notizie od altro di cui verrà a conoscenza nello svolgimento dell'incarico. Tali informazioni non potranno in alcun modo essere divulgate o cedute a terzi.

In caso di inosservanza delle norme di cui al presente bando, il Direttore Generale disporrà l'immediata decadenza del collaboratore dall'attività e la conseguente perdita dei compensi per il periodo restante.

#### **Art. 9 – NORME FINALI**

Per tutto quanto non previsto nel presente bando si fa riferimento alla normativa vigente in materia di incarichi di collaborazione di natura autonoma libero-professionali e precisamente all'art. 7 comma 6 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e all'art. 2222 e seguenti del codice civile.

Milano, l' 8 SET. 2015

**IL DIRETTORE GENERALE**  
*(Dott. Amedeo Tropicano)*

***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  
Dell'Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
Gaetano Pini  
Piazza Cardinal Ferrari 1  
20122 MILANO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico, mediante comparazione di curricula e colloquio, per il conferimento di un incarico libero professionale ad un laureato in medicina e chirurgia specializzato in reumatologia, così come previsto nell'avviso approvato con deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste (art. 76 DPR 445/00) nel caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti in virtù di un provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,

**DICHIARA**

Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

E residente in Via \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_

domiciliato in Via \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_

(indicare il domicilio solo se è diverso dalla residenza)

1. di essere in possesso della cittadinanza: (barrare la casella che interessa)

ITALIANA (o equivalente)

STATO MEMBRO DELL'UNIONE EUROPEA \_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

(indicare il nome dello Stato)

2. di: (barrare la casella che interessa)

essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_

non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

essere cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

3. di: (barrare la casella che interessa)

non avere mai riportato condanne penali \_\_\_\_\_

non avere procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_

di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_

di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_

4. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione o dichiarato decaduto, ovvero licenziato a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo contratto collettivo nazionale di lavoro;

5. di: (barrare la casella che interessa)

non aver mai avuto procedimenti disciplinari

di avere i seguenti procedimenti disciplinari pendenti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

di aver subito i seguenti procedimenti disciplinari (indicare anche l'esito)

6. di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_

(indicare l'esatta denominazione del titolo di studio –requisito di ammissione, per i titoli di studio conseguiti all'estero

indicare gli estremi del Decreto di equipollenza)

Conseguito il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(indicare l'esatta denominazione dell'istituto e il luogo ove ha sede)

con votazione \_\_\_\_\_;

7. di essere in possesso della seguente specializzazione \_\_\_\_\_

(indicare l'esatta denominazione della specializzazione indicando gli estremi del Decreto – requisito di ammissione, per

i titoli di studio conseguiti all'estero indicare gli estremi del Decreto di equipollenza)

Conseguita il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(indicare l'esatta denominazione dell'istituto e il luogo ove ha sede)

con votazione \_\_\_\_\_;

7. di aver prestato servizio alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni con contratto di lavoro a

tempo \_\_\_\_\_ indeterminato/determinato \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ qualità \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(indicare denominazione e sede dell'A.O.)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

8. di (barrare la casella che interessa - per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31.12.1985)

aver assolto gli obblighi militari

essere nella seguente posizione

10. che il proprio codice fiscale è \_\_\_\_\_

11. di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento e l'utilizzo dei dati personali contenuta nell'art.13 del bando della presente procedura di selezione e di acconsentire al trattamento degli stessi nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs. n. 196/03;

12. di necessitare ai sensi della L. 104/92 e della L.68/99 del seguente ausilio e/o di tempi aggiuntivi necessari, per lo svolgimento del colloquio in quanto portatore di handicap;

13. di aver preso visione del testo integrale del bando di selezione e di accettare senza riserve tutte le condizioni in esso contenute;

14. che n. \_\_\_\_\_ fotocopie dei documenti allegati alla presente domanda sono conformi agli originali;

15. che le comunicazioni relative alla presente procedura di selezione siano effettuate al seguente recapito:

Destinatario \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Telefoni \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

e SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente e per iscritto eventuali successive variazioni di indirizzo esonerando questa Amministrazione da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Firma (leggibile)

(sottoscrizione NON SOGGETTA ad autenticazione ai sensi dell'art. 39 DPR 445/00)

**(La mancata sottoscrizione comporta l'esclusione della domanda dalla presente procedura di selezione)**

Fac-simile curriculum

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico Gaetano Pini

|                      |         |      |
|----------------------|---------|------|
| Il/La sottoscritto/a | cognome | nome |
|----------------------|---------|------|

|         |  |   |  |       |  |
|---------|--|---|--|-------|--|
| nato il |  | a |  | prov. |  |
|---------|--|---|--|-------|--|

|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CODICE FISCALE: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, e consapevole che ai sensi dell'art.46 del medesimo decreto l'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

|  |
|--|
| <b>di essere in possesso del diploma di Laurea</b> in<br>.....conseguito in<br>data.....<br>presso .....l'Università degli Studi di.....   |
| <i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i><br>Riconoscimento a cura del .....in data<br>.....<br><i>(duplicare il riquadro in caso di necessità)</i>  |
| <b>di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di.....</b><br>dal.....n° di iscrizione.....   |
| <b>di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b><br>1)Disciplina.....<br>conseguita in data.....presso l'Università<br>di.....<br>ai sensi del DLgs 257/1991 <input type="checkbox"/> DLgs 368/1999 <input type="checkbox"/> durata anni ..... |

2)Disciplina:.....  
 .....  
 conseguita in data.....presso l'Università  
 di.....  
 ai sensi del DLgs 257/1991  DLgs 368/1999 durata anni .....

*Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia*

Riconoscimento a cura del.....in data .....

Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture ove è stata svolta l'attività

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime

.....  
 .....  
 .....

**di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:**

profilo professionale ..... disciplina.....

dal ..... al .....

dal ..... al .....

dal ..... al .....

con interruzione dal servizio (*ad es. per aspettative, congedi, senza assegni*):

dal .....al .....(indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto

.....

con rapporto

determinato

indeterminato

a tempo pieno

con impegno ridotto, ore .....

settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)

.....  
di ..... – via  
..... n.

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato

.....  
.....  
*(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*

**di avere prestatto attività di specialista ambulatoriale ex ACN**

nella branca di .....

dal ..... al ..... (indicare  
giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore .....

dal ..... al .....

con impegno settimanale pari a ore .....

dal ..... al .....

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)

..... di

..... (prov. ...) – via  
....., n. ....

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato

.....  
.....  
*(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*

**di avere prestatto servizio con rapporto di lavoro autonomo (es. co.co.co,  
collaborazione libero professionista, prestazione occasionale)**

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)

..... di

..... (prov. ...) – via  
....., n. ....

profilo/mansione/progetto

.....  
dal ..... al ..... (indicare  
giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore .....

motivo interruzione o cause risoluzione

.....  
dal ..... al ..... (indicare

giorno/mese/anno)  
con impegno orario settimanale di ore .....  
motivo interruzione o cause risoluzione

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato

.....  
.....  
*(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*

**Competenze del candidato** con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzione di direzione (ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa...)

tipologia di incarico.....  
dal ..... al .....  
presso.....  
descrizione attività svolta.....

.....  
.....  
.....  
.....  
*(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*

**Soggiorni di studio/addestramento**

(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)

presso

di

(prov. ....) – via

, n. ....

dal ..... al ..... (indicare

giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore .....

dal ..... al ..... (indicare

giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore .....

*(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*

**di aver svolto attività didattica** (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario – esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi)

presso..... nell'ambito del  
Corso di .....

insegnamento ..... a.a. ....  
 ore docenza ..... (specificare se complessive o settimanali)  
 (duplicare il riquadro ad ogni variazione)

**di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale**

dal ..... al .....  
 presso.....  
 contenuti del corso.....

dal ..... al .....  
 presso.....  
 contenuti del corso.....

dal ..... al .....  
 presso.....  
 contenuti del corso.....

**Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari anchè effettuati**

All'estero (secondo i criteri stabiliti dall'art. 9 del DPR 484/1997):

| ENTE ORGANIZZATORE | TITOLO DEL CORSO | PERIODO<br>giorno/mese/anno dal/al | ore | LUOGO DI SVOLGIMENTO | ecm |
|--------------------|------------------|------------------------------------|-----|----------------------|-----|
|                    |                  |                                    |     |                      |     |
|                    |                  |                                    |     |                      |     |
|                    |                  |                                    |     |                      |     |
|                    |                  |                                    |     |                      |     |
|                    |                  |                                    |     |                      |     |
|                    |                  |                                    |     |                      |     |
|                    |                  |                                    |     |                      |     |
|                    |                  |                                    |     |                      |     |
|                    |                  |                                    |     |                      |     |

(duplicare le righe se insufficienti)

**Di aver partecipato in qualità di RELATORE ai seguenti corsi, convegni, congressi anchè effettuati**

All'estero (secondo i criteri stabiliti dall'art. 9 del DPR 484/1997):

| ENTE ORGANIZZATORE | TITOLO DEL CORSO | PERIODO giorno/mese/anno dal/al | ore | LUOGO DI SVOLGIMENTO | ecm |
|--------------------|------------------|---------------------------------|-----|----------------------|-----|
|                    |                  |                                 |     |                      |     |
|                    |                  |                                 |     |                      |     |
|                    |                  |                                 |     |                      |     |
|                    |                  |                                 |     |                      |     |

*(duplicare le righe se insufficienti)*

di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici – riferiti all'ultimo decennio – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione) che vengono allegati alla domanda in originale o in copia corredata da

dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà che ne attesti la conformità all'originale.

- 1 - .....
- .....
- .....
- 2 - .....
- .....
- .....
- 3 - .....
- .....
- .....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

di aver **collaborato alla redazione** dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

- 1 - .....
- .....
- .....
- 2 - .....
- .....
- .....
- 3 - .....
- .....
- .....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

**Altre attività**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e allega copia di documento di identità (carta d'identità o passaporto) in corso di validità. Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_

www.Albopretorionline.it 091091715