



Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
**GAETANO PINI**

Deliberazione n. 447 del 8 OTT. 2015 Atti 183.72.177

**Oggetto:** Istituzione di una borsa di studio a favore di un laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Reumatologia per la realizzazione del progetto dal titolo "Studio di confronto tra i rilievi ecografici e clinici in pazienti affetti da artrite reumatoide e artrosi erosiva della mano".

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Premesso che** il Direttore della S.C. di Reumatologia richiede l'istituzione di una borsa di studio della durata massima di un anno, per un impegno di 20 ore settimanali, per un compenso pari a € 23.100,00 (euro ventitremilacento/00) lordi annui, da assegnare ad un laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Reumatologia finalizzata alla realizzazione del progetto dal titolo "Studio di confronto tra i rilievi ecografici e clinici in pazienti affetti da artrite reumatoide e artrosi erosiva della mano";

**considerato che** per il finanziamento della borsa di studio in argomento si provvederà mediante fondi in giacenza frutto di sperimentazioni cliniche condotte presso la SC di Reumatologia pari ad € 23.100,00 (euro ventitremilacento/00) lordi annui, di cui alle deliberazioni n. 293 del 6 luglio 2011 per un importo di € 12.385,76 (euro dodicimilatrecentoottantacinque/76), n. 151 del 3 maggio 2012 per un importo di € 10.714,24 (euro diecimilasettecentoquattordici/24);

**dato atto che** lo sviluppo del relativo progetto sarà seguito dal Direttore della S.C. di Reumatologia prof. Pierluigi Meroni;

**acquisito il visto** contabile della S.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie per la copertura economica degli oneri derivanti dal presente provvedimento;

**considerato**, conseguentemente, di indire avviso pubblico, mediante comparazione di curricula e colloquio, per il conferimento della borsa di studio in parola avvalendosi, per la formulazione della graduatoria, della Commissione valutatrice così composta:

- Direttore Responsabile della S.C. di Reumatologia di questa Azienda;
- Dirigente Medico della S.C. di Reumatologia di questa Azienda;
- Dirigente Medico della S.C. di Reumatologia di questa Azienda;



Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
**GAETANO PINI**

Deliberazione n. 447 del 8 OTT. 2015 Atti 183.72.177

**considerato** che al bando in argomento sarà data pubblicità sul sito aziendale e nella bacheca dell'Azienda e che la scadenza per la consegna delle candidature è fissata in 15 giorni di calendario;

**verificato** che in caso di mancata e/o di una sola candidatura verranno automaticamente riaperti i termini e la scadenza posticipata di ulteriori 15 giorni;

**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 i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritti:

1. di istituire una borsa di studio della durata massima di un anno, per un impegno di 20 ore settimanali, per un compenso pari a € 23.100,00 (euro ventitremilacento/00) lordi annui, da assegnare ad un laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Reumatologia finalizzata alla realizzazione del progetto dal titolo "Studio di confronto tra i rilievi ecografici e clinici in pazienti affetti da artrite reumatoide e artrosi erosiva della mano";
2. di emanare l'avviso pubblico, mediante comparazione di curricula e colloquio, per il conferimento della borsa di studio in argomento della durata massima di un anno da assegnare ad un laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Reumatologia, come da allegato testo che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
3. di avvalersi, per la formulazione della graduatoria, della Commissione valutatrice così composta:
  - Direttore Responsabile della S.C. di Reumatologia di questa Azienda;
  - Dirigente Medico della S.C. di Reumatologia di questa Azienda;
  - Dirigente Medico della S.C. di Reumatologia di questa Azienda;
4. di stabilire che per la valutazione comparativa dei curricula e del colloquio si terranno in considerazione, per quanto possibile, i criteri previsti dal D.P.R. 483/1997 per la posizione di Dirigente Medico;



**Azienda Ospedaliera**  
**Istituito Ortopedico**  
**GAETANO PINI**

Deliberazione n. **447** del **8 OTT. 2015** Atti 183.72.177

5. di dare atto che per il finanziamento della borsa di studio in argomento si provvederà mediante fondi in giacenza frutto di sperimentazioni cliniche condotte presso la SC di Reumatologia pari ad € 23.100,00 (euro ventitremilacento/00) lordi annui, di cui alle deliberazioni n. 293 del 6 luglio 2011 per un importo di € 12.385,76 (euro dodicimilatrecentottantacinque/76), n. 151 del 3 maggio 2012 per un importo di € 10.714,24 (euro diecimilasettecentoquattordici/24);
6. di imputare la spesa derivante dal presente provvedimento, pari ad € 23.100,00 (euro ventitremilacento/00) sui bilanci degli esercizi di competenza, sul conto economico al conto n. 545.030.00020, borse di studio personale medico;
7. 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;
8. di dichiarare il presente atto non soggetto a controllo preventivo (art. 18, comma 7, L.R. n. 33/2009);
9. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione, dando atto che la stessa è immediatamente esecutiva (art. 18, comma 9, L.R. n. 33/2009).

IL DIRETTORE GENERALE  
(dott. Amedeo Tropiano)

CON I PARERI FAVOREVOLI DI COMPETENZA DEL  
DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(dott. Renato Malaguti)

DIRETTORE SANITARIO  
(dott. Nunzio Alibuccino)

**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

Referente di procedimento: dott.ssa Donatella Marsilio



**Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
GAETANO PINI**

Deliberazione n. 447 del 8 OTT. 2015 Atti 183.72.177

**RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE**

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

Milano, li 8 OTT. 2015

S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI  
L'ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

(Maria Cianchella)

L'atto si compone di n. 19 (diciannove) fascie, di cui n. 15 (quindici) fascie di allegati parte integrante



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

---

**AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE, MEDIANTE  
COMPARAZIONE DI CURRICULA E COLLOQUIO, PER IL  
CONFERIMENTO DI UNA BORSA DI STUDIO AD UN LAUREATO  
IN MEDICINA E CHIRURGIA SPECIALIZZATO IN  
REUMATOLOGIA.**

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

In esecuzione della deliberazione n. 447 del ~~8~~ **23** OTT. 2015 - atti n. 183/72/177 - il Direttore Generale ha istituito una borsa di studio della durata massima di un anno, per un impegno di 20 ore settimanali, per un compenso orario lordo di € 22,20 (euro ventidue/20), da assegnare ad un laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Reumatologia finalizzata alla realizzazione del progetto dal titolo "Studio di confronto tra i rilievi ecografici e clinici in pazienti affetti da artrite reumatoide e artrosi erosiva della mano".

Il contributo è nell'ordine di € 23.100,00 (euro ventitremilacento/00) annui al lordo delle trattenute di legge ed eventuali ulteriori spese (copertura assicurativa). L'articolazione oraria e le modalità di studio e di ricerca verranno stabilite direttamente dal Direttore della S.C. di Reumatologia al quale è affidata la gestione del rapporto scaturente dal presente avviso.

L'attività del borsista consiste esclusivamente nello svolgimento dei compiti direttamente ed immediatamente connessi alla attività propria della borsa di studio, con tassativa esclusione di ogni altra attività o intervento relativi alla attività istituzionale o comunque propri della S.C. di Reumatologia e comunque dell'Azienda.

Gli interessati dovranno far pervenire all'Amministrazione domanda in carta libera indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini – piazza Cardinal Ferrari, 1 – 20122 Milano entro il termine perentorio delle



Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
**GAETANO PINI**

ORE 12.00 DEL GIORNO 23 OTT, 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 S.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 all'avviso dovrà riportare perentoriamente la seguente dicitura: "Studio di confronto tra i rilievi ecografici e clinici in pazienti affetti da artrite reumatoide e artrosi erosiva della mano".

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).



# Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI

---

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.

Nella domanda – sottoscritta in calce – i candidati dovranno dichiarare sotto la propria personale responsabilità:

- 1) cognome e nome;
- 2) data e luogo di nascita;
- 3) residenza;



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

---

- 4) cittadinanza italiana ( o di uno dei Paesi dell'UE);
- 5) domicilio e numero telefonico;
- 6) titolo di studio posseduto;
- 7) specializzazione in reumatologia;
- 8) iscrizione all'albo dei medici e chirurghi;
- 9) eventuali carichi penali pendenti e/o sentenze di condanna passate in giudicato,
- 10) pieno godimento dei diritti civili e politici.

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

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

Il conferimento e l'espletamento delle attività della borsa di studio è incompatibile con la titolarità di altra borsa di studio, da chiunque conferita, o con l'esistenza di un rapporto di lavoro, a tempo indeterminato o determinato o parasubordinato o di libera professione, presso Enti pubblici o privati la cui attività comporti un conflitto di interesse con la specifica attività formativa svolta dal borsista.

La compatibilità è valutata dal Direttore della S.C. di Reumatologia prof. Pierluigi Meroni.

La presentazione della domanda di partecipazione costituisce autorizzazione al trattamento dei dati nella medesima indicati, per le finalità di gestione della procedura, ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196.

A corredo della domanda i candidati dovranno produrre:



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

---

- 1) dichiarazione sostitutiva di certificazione comprovante i requisiti richiesti per l'ammissione (art. 46 DPR 445/2000);
- 2) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà comprovante i servizi di carriera (art. 47 DPR 445/2000);
- 3) dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 DPR 445/2000) comprovante tutti quei titoli che il candidato riterrà opportuno dichiarare agli effetti della valutazione di merito (es. attestati di partecipazione a corsi e convegni);
- 4) eventuali pubblicazioni edite a stampa, in originale o corredate dalla dichiarazione di conformità all'originale prevista dall'art. 19 del DPR 445/2000;
- 5) curriculum formativo e professionale, datato e firmato che non può avere valore di autocertificazione di tutte le certificazioni relative al contenuto dello stesso;
- 6) elenco dei documenti presentati.

Al fine di accelerare il procedimento, gli interessati sono invitati ad allegare alle dichiarazioni di cui ai punti 1, 2, 3 e 4, una copia fotostatica, ancorché non autenticata, dei certificati oggetti delle dichiarazioni.

L'Azienda si riserva la facoltà di verificare la veridicità e l'autenticità delle attestazioni prodotte, con applicazione, in caso di false dichiarazioni, delle gravi conseguenze – anche in ordine penale – di cui all'art. 76 del DPR 445/2000.

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

- Direttore Responsabile della S.C. di Reumatologia di questa Azienda;
- Dirigente Medico della S.C. di Reumatologia di questa Azienda;
- Dirigente Medico della S.C. di Reumatologia di questa Azienda;



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

---

La selezione sarà operata dalla Commissione Giudicatrice in base alla valutazione complessiva del curriculum vitae del candidato e a **un colloquio che verterà sulle materie oggetto della ricerca.**

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.

La convocazione verrà effettuata mediante la pubblicazione del diario delle prove sul sito aziendale [www.gpini.it](http://www.gpini.it) sezione bandi avvisi e concorsi.

Prima di iniziare l'attività oggetto del presente avviso, il vincitore sarà tenuto a presentare certificazione attestante la copertura assicurativa.

Per quanto riguarda la responsabilità civile per eventuali danni cagionati a terzi nell'ambito dell'attività svolta dal borsista, 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 della borsa di studio deve stipulare un'adeguata polizza di assicurazione. Ai sensi della normativa vigente non è prevista alcuna forma di tutela legale a favore del borsista conseguente all'attività dello stesso svolta.

Il vincitore della borsa di studio sarà tenuto a svolgere l'attività di ricerca e di studio che verrà stabilita dal Direttore della S.C. di Reumatologia prof. Pierluigi Meroni secondo le modalità dallo stesso fissate e da rilevarsi sempre da parte del responsabile stesso.

La mancata frequenza e/o lo scarso profitto determineranno la revoca della borsa di studio.

Milano, **8 OTT. 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 per titoli e colloquio per il conferimento di una borsa di studio 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 \_\_\_\_\_ indeterminate/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 data.....conseguito in presso l'Università degli Studi di ..... <i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i> Riconoscimento a cura del ..... in data ..... <b>(duplicare il riquadro in caso di necessità)</b>
<b>di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici</b> della Provincia di..... dal.....n° di iscrizione.....
<b>di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b> 1)Disciplina: ..... conseguita in data.....presso l'Università di..... 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 <input type="checkbox"/> DLgs 368/1999 <input type="checkbox"/> durata anni ..... <i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i> 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 prestato 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 prestato 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 anche 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 aver partecipato in qualità di **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi anche 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 \_\_\_\_\_

La dichiarante

\_\_\_\_\_

www.Albopretorionline.it 0170175