



Deliberazione n.	379	del 29 SET. 2014	Atti 107/2014
------------------	-----	------------------	---------------

**Oggetto:** Approvazione dell'avviso pubblico di selezione mediante comparazione di curricula per il conferimento di un incarico libero professionale della durata annuale a un Medico specializzato in Ortopedia e Traumatologia per l'espletamento di prestazioni a supporto delle esigenze assistenziali della S.C. Ortopedia Traumatologia Oncologica.

### IL DIRETTORE GENERALE

**Premesso che** con nota del 22 settembre 2014 il Direttore della S.C. Ortopedia Traumatologia Oncologica, dott. Primo Andrea Daolio, chiede di poter avviare le procedure finalizzate ad attribuire un incarico libero professionale, della durata di un anno, per un impegno di 25 ore settimanali e per un compenso orario lordo di € 25,00 (euro venticinque/00), da assegnare ad un laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Ortopedia e Traumatologia, finalizzato alla realizzazione del progetto dal titolo "valutazione retrospettiva e prospettica della casistica di Sarcoma di Ewing: analisi e revisione della documentazione clinica e radiologica chirurgica e patologica dei sarcomi di Ewing trattati presso la S.C. Chirurgia Ortopedica Oncologica", per un importo annuo di € 30.000,00 (euro trentamila/00) lordi;

**considerato che** per il finanziamento dell'incarico libero professionale in argomento pari ad € 30.000,00, si provvederà mediante risorse acquisite nelle casse dell'Azienda con deliberazione n. 156 del 27 aprile 2011 e finanziate dalla Regione Lombardia con decreto n. 13465 del 22 dicembre 2010 per il Progetto di ricerca indipendente sul Sarcoma di Ewing dello scheletro;

**verificato che** il Direttore della S.C. Ortopedia Traumatologia Oncologica 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 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:



Deliberazione n. 379	del 29 SET. 2014	Atti 107/2014
----------------------	------------------	---------------

- 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;
- 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. Ortopedia/Traumatologia Oncologica;

**dato atto che** il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Azienda essendo totalmente finanziato con fondi provenienti da Regione Lombardia;

**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 e 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 di 25 ore settimanali e per un compenso orario lordo di € 25,00 (euro venticinque/00), da assegnare ad un laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Ortopedia e Traumatologia, finalizzato alla realizzazione del progetto dal titolo "valutazione retrospettiva e prospettica della casistica di Sarcoma di Ewing: analisi e revisione della documentazione clinica e radiologica chirurgica e patologica dei sarcomi di Ewing trattati presso la S.C. Chirurgia Ortopedica Oncologica", per un importo annuo di € 30.000,00 (euro trentamila/00) lordi;



Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
**GAETANO PINI**

Deliberazione n. **379** del **29 SET. 2014** Atti 107/2014

- 2) di dare atto che il presente progetto non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio aziendale in quanto è interamente coperto da un finanziamento regionale – Decreto n. 13465, del 22 dicembre 2010, destinato al progetto di ricerca sul sarcoma di Ewing dello scheletro, finanziamento di cui la S.C. Gestione delle Risorse Economiche Finanziarie e Controllo di Gestione ha dato conferma dell'esistenza e che è stato acquisito nelle casse dell'Azienda con deliberazione n. 156 del 27 aprile 2011;
- 3) di dare atto che la spesa derivante dal presente provvedimento pari ad € 30.000,00 (euro trentamila/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. Tropicano)

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

COMPETENZA DEL  
DIRETTORE SANITARIO  
(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. Claudio Cadiani

Pratica trattata da: dott.ssa Donatella Marsilio



Deliberazione n. 379	del 29 SET, 2014	Atti 107/2014
----------------------	------------------	---------------

**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 29 SET, 2014

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

L'atto si compone di n. 19 (diciannove facciate), di cui 15 di allegati



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

**SCADENZA ORE 12.00 DEL GIORNO**

**14 OTT. 2014**

**Art. 1 – NATURA DELL'INCARICO**

In esecuzione della deliberazione n. 379 del 28 SET. 2014 - atti n. 107/2014 – l'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini intende attribuire un incarico di natura libero professionale ad un laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Ortopedia e Traumatologia finalizzato alla realizzazione del progetto dal titolo "valutazione retrospettiva e prospettica della casistica di Sarcoma di Ewing: analisi e revisione della documentazione clinica e radiologica chirurgica e patologica dei sarcomi di Ewing trattati presso la S.C. Chirurgia Ortopedica Oncologica".  
L'oggetto dell'incarico consisterà nello svolgimento di attività individuate dal Direttore della S.C. Chirurgia Ortopedica Oncologica, dott. Primo Andrea Daolio.

Le attività consistono:

- aggiornare i dati di follow up clinico strumentale;
- arruolare i nuovi casi con sviluppo della chirurgia al computer assistito;
- creare e gestire un data base dedicato;
- valutare l'impatto delle radioterapie preoperatorie nel trattamento dei Sarcomi di Ewing non resecabili o resecabili con chirurgia marginale, soprattutto nelle localizzazioni al bacino.

Inoltre, il professionista individuato dovrà:

- partecipare attivamente all'attività di reparto e di ambulatorio specialistico di Ortopedia Oncologica nell'ambito della cura e del follow up dei pazienti oncologici affetti da sarcomi di Ewing e da lesioni sospette per patologia maligna in oggetto e provvedere all'aggiornamento dei dati dei pazienti affetti da tale patologia nell'ambito della integrazione di un data base dedicato.



## Art. 2 – REQUISITI

Per poter essere ammessi alla selezione per il conferimento dell'incarico di cui al presente bando è necessario essere in possesso di:

- Laurea in Medicina e Chirurgia;
- specializzazione in Ortopedia e Traumatologia;
- 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. 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 SC 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 **14 OTT. 2014**

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



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

---

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 al concorso dovrà riportare perentoriamente la seguente dicitura: **“avviso pubblico di selezione, mediante comparazione di curricula, per il conferimento di un incarico libero professionale ad un laureato in medicina e chirurgia specializzato in ortopedia e traumatologia”**.

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: protocollo@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 un anno, prevede un impegno orario massimo non superiore a 1.200 ore totali annue, darà diritto a un compenso orario lordo onnicomprensivo pari ad € 25,00 (euro venticinque/00) per un importo annuo complessivo massimo pari ad € 30.000,00 (euro trentamila/00) lordi, che verrà erogato previa presentazione di regolare fattura e subordinatamente alla attestazione, da parte del Direttore della S.C. Chirurgia Ortopedica Oncologica dott. Primo Andrea Daolio, di regolarità nello svolgimento dell'incarico.

Le modalità di conteggio delle ore da effettuare saranno descritte nel disciplinare di 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 S.C. Chirurgia Ortopedica Oncologica;
- Direttore della S.C. Anatomia Patologica;
- Dirigente Medico della S.C. di Chirurgia Ortopedica Oncologica.

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.

In caso di partecipazione di più candidati, qualora la Commissione lo ritenesse opportuno, i partecipanti all'avviso saranno convocati per sostenere un colloquio che **verterà sulle materie oggetto dell'incarico**.

Il colloquio sarà valutato con i parametri del D.P.R. n. 483/1997.

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 propria responsabilità:

- di non essere dipendente del Servizio Sanitario nazionale;



# Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI

- 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, con particolare riferimento ai reati di cui alla legge 50/2014.

Nel caso di impossibilità di dichiarare quanto sopra questa Azienda non procederà al conferimento dell'incarico.

## **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 professionista) 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 e non può costituire 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 e 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'obbligo della esclusività delle prestazioni e, pertanto, l'incaricato potrà svolgere altre attività che non siano in contrasto e/o in concorrenza con l'attività svolta all'interno dell'Azienda e che non creino danno all'immagine e pregiudizio alla stessa.

L'incaricato nello svolgimento della propria attività è tenuto ad uniformarsi alle norme di sicurezza in vigore nell'Azienda.

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 dell'incarico.



**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, 29 SET. 2014

IL DIRETTORE GENERALE  
*(Dott. Amedeo Tropiano)*

[www.Albopretorionline.it](http://www.Albopretorionline.it) 29/09/14

***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, per il conferimento di un incarico libero professionale ad un laureato in medicina e chirurgia specializzato in ortopedia e traumatologia, 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)**

www.Albopretorionline.it 29109174

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 .....conseguito in data..... 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 della Provincia di</b> ..... 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'ambi  
to 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 \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_