



Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico
GAETANO PINI

Deliberazione n. 484 del 6 NOV. 2015 Atti 56/2009

Oggetto: Istituzione di una borsa di studio a supporto delle attività del Servizio di Farmacia per le attività di farmacovigilanza inerenti il monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci biologici.

IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che il Dirigente Responsabile del Servizio di Farmacia richiede l'istituzione di una borsa di studio della durata massima di nove mesi, per un impegno di 30 ore settimanali, per un compenso pari a € 18.130,92 (euro diciottomilacentotrenta/92) lordi annui, da assegnare ad un laureato in Farmacia, specializzato in Farmacia Ospedaliera, a supporto delle attività del Servizio di Farmacia per le attività di farmacovigilanza inerenti il monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci biologici;

considerato che per il finanziamento della borsa di studio in argomento si provvederà mediante fondi in giacenza frutto di contributi liberali, pari ad € 18.130,92 (euro diciottomilacentotrenta/92) lordi, di cui alle deliberazioni n. 164 del 4 giugno 2009 per un importo di € 6.130,92 (euro seimilacentotrenta/92), n. 88 del 8 aprile 2009 per un importo di € 1.000,00 (euro mille/00), n. 330 del 15 luglio 2015 per un importo di € 5.000,00 (euro cinquemila/00), n. 434 del 6 ottobre 2015 per un importo di € 6.000,00 (euro seimila/00);

dato atto che lo sviluppo del relativo progetto sarà seguito dal Dirigente Responsabile del Servizio di Farmacia dott.ssa Valeria Massari;

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:

- Dirigente Farmacista Responsabile della S.S. Farmacia di questa Azienda;
- Dirigente Farmacista di questa Azienda;
- Dirigente Medico Responsabile della S.S. Diagnosi e Terapia di Artropatie Infiammatorie Croniche di questa Azienda;

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;



Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico
GAETANO PINI

Deliberazione n.

484

del 6 NOV. 2015 Atti 56/2009

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 nove mesi, per un impegno di 30 ore settimanali, per un compenso pari a € 18.130,92 (euro diciottomilacentotrentacinque/92) lordi, da assegnare ad un laureato in Farmacia, specializzato in Farmacia ospedaliera, a supporto delle attività del Servizio di Farmacia per le attività di Farmacovigilanza inerenti il monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci biologici;
2. di dare atto che per il finanziamento della borsa di studio in argomento si provvederà mediante fondi in giacenza frutto di contributi liberali pari ad € 18.130,92 (euro diciottomilacentotrenta/92) lordi, di cui alle deliberazioni n. 164 del 4 giugno 2009 per un importo di € 6.130,92 (euro seimilacentotrenta/92), n. 88 dell'8 aprile 2009 per un importo di € 1.000,00 (euro mille/00), n. 330 del 15 luglio 2015 per un importo di € 5.000,00 (euro cinquemila/00), n. 434 del 6 ottobre 2015 per un importo di € 6.000,00 (euro seimila/00);
3. di dare atto che all'avviso 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;
4. di dare atto che in caso di mancate e/o di una sola candidatura verranno automaticamente riaperti i termini e la scadenza sarà posticipata di ulteriori 15 giorni, senza necessità di adozione di altro provvedimento;
5. di avvalersi, per la formulazione della graduatoria, della Commissione valutatrice così composta:
 - Dirigente Farmacista Responsabile della S.S. di Farmacia di questa Azienda;
 - Dirigente Farmacista di questa Azienda
 - Dirigente Medico Responsabile della S.S. Diagnosi e Terapia di Artropatie Infiammatorie Croniche di questa Azienda



Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico
GAETANO PINI

Deliberazione n. 484 del 6 NOV. 2015 Atti 56/2009

6. 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 Farmacista;
7. di imputare la spesa derivante dal presente provvedimento, pari ad € 18.130,92 (euro dodicimila/00) sui bilanci degli esercizi di competenza, sul conto economico al conto n. 545.030.00021, borse di studio dirigente sanitario;
8. 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;
9. di dichiarare il presente provvedimento non soggetto a controllo preventivo (art. 17, comma 4, L.R. n. 33/2009, come modificato dalla L.R. 23/2015);
10. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione, dando atto che la stessa è immediatamente esecutiva, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009 (come modificato dalla L.R. 23/2015).

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Amedeo Tropicano)

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

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.ssa Sandra Di Simone

Referente dl procedimento: dott.ssa Donatella Marsilio



**Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico
GAETANO PINI**

Deliberazione n. **484** del **6 NOV. 2015** Atti 56/2009

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 **6 NOV. 2015**

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

(Maria Cianchella)

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



**Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico
GAETANO PINI**

**AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO PER IL
CONFERIMENTO DI N. 1 BORSA DI STUDIO A SUPPORTO
DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO DI FARMACIA PER LE
ATTIVITA' DI FARMACOVIGILANZA INERENTI IL
MONITORAGGIO DELL'UTILIZZO DEI FARMACI BIOLOGICI.**

**ART. 1
NUMERO DI BORSE**

In esecuzione della deliberazione n. 484 del 6 NOV. 2015 - atti
n. 49/2015 - il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Istituto
Ortopedico Gaetano Pini di Milano bandisce n. 1 borsa di studio della
durata di mesi nove del valore di € 18.130,92, erogati in rate mensili di
uguale importo, al lordo delle ritenute a carico del borsista, a supporto delle
attività del Servizio di Farmacia per le attività di farmacovigilanza inerenti il
monitoraggio dell'utilizzo di farmaci biologici.
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

ORE 12.00 DEL GIORNO

23 NOV. 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.

**ART. 2
REQUISITI DI AMMISSIONE**

Alla borsa di studio possono accedere coloro che siano in possesso dei
seguenti requisiti:

1. cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o
cittadinanza di uno dei Paesi della U.E.;
2. laurea in Farmacia o in Chimica e Tecnologia farmaceutica;
3. specializzazione in Farmacia Ospedaliera o altra equipollente;
4. iscrizione all'ordine dei Farmacisti.

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



Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI

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 Dirigente Farmacista Responsabile della S.S. di Farmacia dott.ssa Valeria Massari.

I requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente bando per la presentazione delle domande di ammissione.

In mancanza dei requisiti è prevista l'esclusione del candidato.

ART. 3 COMMISSIONE GIUDICATRICE

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

- Dirigente Farmacista Responsabile della S.S. di Farmacia di questa Azienda;
- Dirigente Farmacista di questa Azienda
- Dirigente Medico Responsabile della S.S. Diagnosi e Terapia di Artropatie Infiammatorie Croniche di questa Azienda

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 invio di un e-mail all'indirizzo indicato dal candidato nella domanda.

Il colloquio verterà su argomenti di carattere generale inerenti la tematica della Borsa di Studio.

I titoli saranno valutati dalla Commissione considerando:

- eventuali altre lauree, oltre a quelle necessarie per l'accesso al bando o altre specializzazioni;
- periodi di frequenza, incarico e/o attività presso UO Farmacia Ospedaliera/ASL
- le pubblicazioni scientifiche
- partecipazione a convegni o corsi di aggiornamento

Sulla base del punteggio riportato dai singoli candidati, la Commissione formulerà una graduatoria di merito in base all'ordine della quale sarà attribuita la borsa di studio.

In caso di rinuncia da parte dell'assegnatario la borsa sarà attribuita al successivo candidato in graduatoria.



Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico **GAETANO PINI**

ART 4 DOMANDA DI AMMISSIONE

Le domande di ammissione alla borsa di studio, indirizzate al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini di Milano e redatte in carta semplice, dovranno pervenire all'Ufficio Protocollo dell'Azienda – Piazza Cardinal Ferrari, 1 – 20122 Milano entro e non oltre il giorno di

23 NOV, 2015

ORE 12 DI _____ 2015

Ovvero 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: "borsa di studio per il servizio di farmacia".

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.

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



Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI

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 di ammissione i candidati dovranno riportare sotto la propria responsabilità le seguenti dichiarazioni:

- le generalità (nome, cognome, data e luogo di nascita e luogo di residenza);
- lo stato civile;
- il possesso della cittadinanza italiana;
- il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- eventuali condanne penali riportate;
- i titoli di studio posseduti (specificare laurea e specializzazioni possedute);
- iscrizione all'Ordine professionale dei Farmacisti;
- gli eventuali servizi precedentemente prestati attinenti all'oggetto della borsa di studio;
- di essere a conoscenza che nella fattispecie non si instaura alcun rapporto di impiego e di servizio fra il borsista e l'A.O. Istituto Ortopedico Gaetano Pini di Milano e che non deriva alcun diritto a favore del borsista stesso, né responsabilità in capo all'Azienda Ospedaliera stessa, propri del rapporto di impiego e di servizio;
- il recapito presso il quale inviare le eventuali comunicazioni.

La domanda dovrà essere correlata da:

- a. curriculum formativo;
- b. titoli utili per la valutazione del candidato.

Tutti i documenti portati a corredo della domanda dovranno essere elencati nella domanda stessa.

Saranno accettate domande consegnate personalmente.

Saranno inoltre accettate domande spedite tramite servizio postale purché pervenute entro la scadenza del bando. Si precisa che non sarà tenuto conto della data di spedizione, ma solo quella di ricezione da parte dell'Azienda.



Saranno altresì accettate domande spedite tramite servizio di posta elettronica certificata nominativa nei termini di cui sopra.

ART. 5

DIRITTI E OBBLIGHI DEL BORSISTI

Il Borsista deve assicurare la presenza presso il servizio di Farmacia aziendale per 30 ore effettive settimanali attestate da regolare timbratura. La mancata frequenza e/o lo scarso profitto determineranno la revoca della borsa di studio.

Qualora il Borsista per motivi di salute sia impossibilitato alla frequenza dovrà prolungare la propria attività per un periodo pari a quello di assenza, senza attribuzione di compenso alcuno.

Il Borsista avrà diritto all'accesso alla Mensa Aziendale allo stesso costo previsto per il personale dipendente, previa ricarica di un apposito tesserino. Il pagamento della borsa di studio sarà effettuato in maniera sistematica e posticipata.

La borsa non dà luogo a trattamento previdenziale.

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.

ART. 6

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ai sensi del D.Lgs 196/2003, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti dall'Azienda e trattati per le finalità di gestione della selezione pubblica e dell'eventuale procedimento di assegnazione della borsa di studio.

Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle amministrazioni pubbliche direttamente interessate alla posizione giuridico-economica del candidato risultato vincitore.



**ART. 7
DISPOSIZIONI FINALI**

Per tutto quanto non previsto nel presente bando, vale la normativa vigente in materia in quanto compatibile.

Il presente Bando sarà pubblicato sul sito internet dell'Azienda www.gpini.it

Milano, ~~6~~ 6 NOV. 2015

IL DIRETTORE GENERALE
(f.to Dott. Amedeo Tropiano)

www.AlboPretorionline.it 06/11/15

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 Farmacia, specializzato in Farmacia Ospedaliera, 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)

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico Gaetano Pini

II/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

di	essere	in	possesso	del	diploma	di	Laurea	in
					conseguito			
data.....								
presso l'Università degli Studi di								
Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia								
Riconoscimento a cura del in data								
(duplicare il riquadro in caso di necessità)								
di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di.....								
dal..... n° di iscrizione.....								
di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:								
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								
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 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