



AZIENDA OSPEDALIERA  
**ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI**  
Piazza Andrea Cardinal Ferrari, 1 – 20122 Milano

Atti n. 86/2007

**AVVISO DI SELEZIONE MEDIANTE COMPARAZIONE DI CURRICULA PER  
IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO LIBERO PROFESSIONALE AD UN  
MEDICO SPECIALIZZATO IN DIABETOLOGIA**

**SCADENZA ORE 12,00 DEL 14 DICEMBRE 2009**

**Art. 1 – NATURA DELL'INCARICO**

In esecuzione della deliberazione n. 346 del 30 novembre 2009, atti n. 86/2007 l'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini intende attribuire un incarico di collaborazione della durata di un anno ad un medico specializzato in diabetologia.

L'oggetto dell'incarico consisterà nello svolgimento di attività finalizzata all'effettuazione di consulenze di diabetologia nei confronti dei pazienti e degli utenti, su richiesta dei Dirigenti Medici Responsabili delle Unità Operative in cui viene a manifestarsi il bisogno .

**Art. 2 – REQUISITI**

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

- Laurea in Medicina e Chirurgia;
- Specializzazione in Diabetologia;
- 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. Costituirà, inoltre, elemento preferenziale l'aver maturato esperienze professionali analoghe.

### **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 l’UOC 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 dicembre 2009**

Le domande, se recapitate a mezzo posta, dovranno pervenire entro e non oltre il predetto termine. A tal fine farà fede il timbro dell’Ufficio Protocollo dell’Azienda.

Alla domanda dovrà essere allegato un curriculum vitae datato e firmato e fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

### **Art. 4 – DURATA E COMPENSI**

L’incarico, della durata di un anno, prevede accessi a chiamata a seconda delle necessità che si manifestano nei reparti ospedalieri per una spesa complessiva massima annua pari ad €25.000,00 lordi (spesa calcolata sulla base di un impegno massimo non superiore a 324 ore di consulenza nell’anno di riferimento) .

Il professionista sarà tenuto a presentare regolare fattura e sarà liquidato subordinatamente alla attestazione, da parte della Direzione Medica di Presidio, di regolarità nello svolgimento dell’incarico.

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

La selezione dei candidati avviene ad opera di apposita commissione giudicatrice, costituita nel seguente modo:

- Direttore Sanitario Aziendale o suo delegato
- Dirigente Medico Responsabile di Presidio
- Dirigente dell'UOC Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali

La selezione sarà operata secondo il giudizio libero ed insindacabile della commissione giudicatrice in base alla valutazione complessiva del curriculum vitae. In caso di partecipazione di più candidati la valutazione effettuata sarà di tipo comparativo dei curricula degli aspiranti.

Al termine della selezione la Commissione redige una graduatoria che sarà approvata con apposito provvedimento del Direttore Generale e portata a conoscenza dei candidati attraverso lettera o tramite comunicazione via e- mail.

Il vincitore dovrà presentarsi presso gli Uffici dell'UOC Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali per l'accettazione dell'incarico e la firma del relativo disciplinare entro la data fissata nella comunicazione stessa. 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;
- di non trovarsi in conflitto di interessi, con riferimento all'oggetto dell'incarico e di non avere contenziosi penali, civili o amministrativi nei confronti dell'Azienda né di avere riportato condanne penali.

#### **Art. 6 – COPERTURA ASSICURATIVA**

L'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini provvede ad assicurare adeguata copertura assicurativa per i rischi derivanti da danni procurati dal collaboratore in occasione dell'espletamento dell'incarico.

Il collaboratore provvede a proprie cura e spese alla copertura assicurativa per gli infortuni (anche in itinere) subiti a causa ed in occasione dell'espletamento della collaborazione.

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

L'incarico non costituisce rapporto di lavoro subordinato.

L'attività si configura quale incarico professionale stipulato ai sensi dell'art. 7 comma 6 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e dell'art. 2222 e seguenti del codice civile.

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

#### **Art. 8 – DIRITTI E DOVERI**

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

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

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

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

#### **Art. 9 – NORME FINALI**

Per tutto quanto non previsto nel presente bando si fa riferimento alla normativa vigente e in particolar modo alla disciplina di cui al D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i..

Milano, 1 dicembre 2009

**IL DIRETTORE GENERALE**  
(dr. Amedeo S. Tropiano)

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**

**Azienda Ospedaliera**

**Istituto Ortopedico Gaetano Pini**

**Piazza Cardinal Andrea Ferrari, 1**

**20122 Milano**

Il/la sottoscritto/a .....

**Chiede**

di essere ammesso all'avviso di selezione mediante comparazione di curricula per il conferimento di un incarico libero professionale ad un medico specializzato in diabetologia.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

**dichiara**

- di essere nato/a a ..... il .....
- di essere residente a ..... (c.a.p.) .....in via .....
- di essere in possesso della cittadinanza .....
- (*specificare se italiana o di altro Stato*);
- di essere iscritto/a nelle liste del Comune di .....
- (*oppure indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime* .....
- di non aver riportato condanne penali (*oppure: di aver riportato le seguenti condanne penali* .....
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- di aver conseguito il seguente titolo di studio .....
- presso la Scuola/Università ..... di ..... prov. ....
- in data ....., con la seguente votazione .....
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione rilasciata in data .....
- di aver conseguito il diploma di specializzazione in data .....
- di essere iscritto all'albo dei .....di .....con il numero.....;
- di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi militari.....;

- di essere iscritto all'ordine dei medici di ..... prov. ....con il n. .... (indicazione numero di iscrizione);
- di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi militari.....;
- di aver diritto alla riserva dei posti prevista dalla legge ove applicabile in relazione ai posti messi a concorso .....(indicare categ. di appartenenza);
- di essere in possesso dei seguenti titoli ai fini della preferenza e precedenza nelle nomine ..... ;
- di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni con la precisazione della motivazione della eventuale cessazione:
- di aver prestato servizio presso .....prov. ....
- nel profilo di .....
- dal ..... al ....., motivi cessazione dal servizio: .....
- (oppure di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni);
- di richiedere il seguente ausilio per sostenere le prove previste dal concorso in quanto riconosciuto portatore handicap ai sensi dell'art. 20 della legge n. 104/92 (da compilare solo in presenza di handicap riconosciuto).....
- di scegliere, ai fini della verifica della conoscenza almeno a livello iniziale di una lingua straniera tra quelle indicate nel bando, la lingua di .....

Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio al quale deve ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione al riguardo:

.....

Tel. .... eventuale fax .....

Ai sensi del D.lgs n. 196/2003 si autorizza il trattamento dei dati sopra riportati ai soli fini del presente procedimento concorsuale.

(Data), \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

Il sottoscritto allega la seguente documentazione:

- elenco in triplice copia dei documenti presentati;
- curriculum formativo e professionale datato e firmato
- .....

**Fac-simile di DICHIARAZIONE sostitutiva dell'ATTO di notorietà da ricopiare su foglio in carta semplice con firma Non autenticata (da allegare alla domanda con la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità):**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**Artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

**(non soggetta ad autenticazione della sottoscrizione ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.)**

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D..P.R. n. 445/2000.,

**DICHIARA**

che la/le presente/i copia/e composta/e da n. \_\_\_\_\_ fogli per n. \_\_\_\_\_ facciate totali, presentata/e con la domanda di partecipazione all'avviso di selezione mediante comparazione di curricula per il conferimento di un incarico libero professionale ad un medico specializzato in diabetologia è/sono conforme/i all'originale conservata/e presso il Sottoscritto e disponibile/i per i controlli di cui all'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

(data), \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

**Ai sensi del D.lgs n. 196/2003 si autorizza il trattamento dei dati sopra riportati ai fini del presente procedimento concorsuale.**

(Data), \_\_\_\_\_

(Il Dichiarante) \_\_\_\_\_