

Azienda Ospedaliera Citta' della Salute e della Scienza di Torino

Avviso pubblico per il conferimento di n. 1 borsa di studio della durata di n. 24 mesi per candidati in possesso di laurea in medicina e chirurgia per il progetto "Validazione del percorso diagnostico delle sordità congenite nell'ambito dello Screening Neonatale Audiologico".

In esecuzione alla determinazione n. 2949 del 12/11/2013 è indetto avviso pubblico per il conferimento di n. 1 borsa di studio della durata di n. 24 mesi per candidati in possesso di laurea in medicina e chirurgia per il progetto "*Validazione del percorso diagnostico delle sordità congenite nell'ambito dello Screening Neonatale Audiologico*". L'ammissione alla selezione e l'espletamento della stessa sono disciplinate dai sotto indicati articoli:

Articolo 1

Durata e trattamento economico

La durata della borsa di studio è pari a mesi n. 24. Essa sarà utilizzata secondo le direttive impartite dal Responsabile Scientifico del Programma.

L'importo lordo della Borsa di Studio è fissato in Euro 70.099,08 (comprensivo di IRAP, IRPEF e oneri aziendali).

Il conferimento della stessa non instaura alcun rapporto di lavoro con l'Azienda Ospedaliera.

Articolo 2

Requisiti

Per essere ammessi al concorso i candidati devono essere in possesso, alla scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande, dei seguenti requisiti:

a) Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;

b) Cittadinanza italiana o di uno dei Paesi membri dell'Unione Europea in conformità all'art. 2 del D.P.R. n. 487 del 9 maggio 1994 (fatte salve le eccezioni di cui al D.P.C.M. n. 174 del 7 febbraio 1994);

Articolo 3

Presentazione delle domande

Le domande di ammissione, redatte in carta semplice mediante l'utilizzo dell'apposita modulistica allegata, dovranno essere indirizzate alla Struttura Complessa Organizzazione e Acquisizione delle Risorse Umane dell'A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino – Ufficio Borse di Studio – Via Cherasco, 3 tel. 011/6335154, e pervenire entro le ore 12.30 del 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul B.U. della Regione Piemonte. Faranno fede la data e l'ora del timbro apposto dall'ufficio accettante. Qualora la scadenza prevista coincida con un giorno festivo, il termine di presentazione è automaticamente prorogato al primo giorno non festivo successivo. La consegna potrà avvenire a mezzo posta, telefax (011/6335081), posta certificata (PEC - protocollo@cittadellasalute.to.it), oppure presentata a mano presso l'Ufficio Borse di studio sopra menzionato, dal lunedì al venerdì con orario 9.30/12.30.

Nella domanda dovranno essere dichiarati, sotto la propria responsabilità:

- Nome, cognome, luogo, data di nascita e residenza;
- Il possesso della cittadinanza italiana, ovvero i requisiti sostitutivi di cui al punto b) del presente Bando;
- Il comune di iscrizione nelle liste elettorali (ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle liste medesime);
- di avere o non avere riportato condanne penali (se si indicare quali);
- I titoli di studio posseduti (indicare voto, data, indirizzo e denominazione completa dell'istituto o degli istituti in cui i titoli stessi sono stati conseguiti); per i titoli conseguiti all'estero è richiesto il

possesto entro i termini di scadenza del presente bando dell'apposito provvedimento di riconoscimento da parte delle autorità competenti.

- di avere preso visione e di accettare quanto previsto dal vigente regolamento relativo alle borse di studio conferite dall'Azienda Ospedaliera (consultare il sito: www.cittadellasalute.to.it);
- di impegnarsi, in caso di assegnazione della borsa, a stipulare un contratto di assicurazione per la copertura del rischio di infortuni;
- di essere consapevole che il conferimento della borsa di studio non instaura alcun rapporto di lavoro;
- di autorizzare l'Azienda al trattamento dei propri dati personali (ai sensi del D.lgs 196/2003) finalizzato agli adempimenti connessi con l'espletamento della procedura concorsuale.

Si precisa che in ogni momento sarà possibile avere accesso ai propri dati, chiedendone l'aggiornamento o la cancellazione.

- L'indirizzo al quale dovranno essere inviate le comunicazioni connesse al presente bando.
- Copia di un documento di riconoscimento.

Articolo 4

Documentazione richiesta

Alla domanda dovranno essere allegati:

- un curriculum vitae datato e firmato;
- originale dei titoli richiesti per l'attribuzione delle borse o copia autenticata;
- documentazione attestante eventuali precedenti attività espletate ed eventuali altri titoli conseguiti;
- altri documenti comprovanti specifica esperienza nella materia che i candidati ritengano opportuno produrre;
- copia di un documento di riconoscimento;
- elenco in carta semplice dei documenti presentati, datato e firmato.

Per tali documenti è ammessa dichiarazione sostitutiva resa ai sensi e nei limiti della legge n. 445/2000 e successive modificazioni.

Articolo 5

Assegnazione

L'assegnazione della predetta borsa sarà disposta previa formulazione della graduatoria dei candidati idonei in base ai seguenti criteri e modalità operative:

- valutazione dei titoli di merito;
- valutazione di un colloquio sugli argomenti relativi alla borsa di studio.

Costituiranno titoli preferenziali:

- Tesi di Laurea e lavori scientifici attinenti la Neonatologia;
- Esperienza specifica nel campo del follow-up del neonato a rischio;

Le valutazioni saranno effettuate da apposita Commissione composta da:

- Direttore della S.C. cui è destinata la borsa di studio o suo delegato;
- Responsabile del Progetto o suo delegato;
- Componente designato dal direttore della S. C..

Le funzioni di Segretario saranno svolte da un Funzionario Amministrativo dell'Azienda Ospedaliera.

La Commissione disporrà di n. 100 punti da ripartire nel seguente modo:

- 1) colloquio fino a 50 punti;
- 2) voto di laurea fino a 10 punti;
- 3) dottorato 5 punti;
- 4) altri titoli (specializzazione, master, borse di studio) fino a 10 punti;
- 5) esperienza lavorativa presso Enti Pubblici e Privati fino a n. 10 punti;

6) pubblicazioni fino a 15 punti.

Il candidato che non raggiungerà nella prova/colloquio una valutazione di almeno 26/50, non sarà considerato idoneo.

In caso di rinuncia o decadenza dell'assegnatario o per altro motivo, la borsa di studio potrà essere assegnata, seguendo la graduatoria, al successivo candidato idoneo.

Articolo 6

Accettazione

L'assegnatario sarà invitato a presentare, a pena di decadenza, nel termine di 15 giorni dalla data di ricevimento della raccomandata di nomina, i seguenti documenti:

- accettazione senza riserve della borsa di studio alle condizioni comunicate;
- dichiarazione di non percepire stipendi e retribuzioni di qualsiasi natura derivanti da rapporti di impiego pubblico o privato e formale impegno a non usufruire, durante il periodo di durata della borsa, di altre borse di studio, assegni o sovvenzioni;
- fotocopia del codice fiscale;
- copia del contratto di assicurazione per la copertura del rischio di infortuni.

Articolo 7

Obblighi

L'assegnatario avrà l'obbligo:

- di iniziare puntualmente alla data di decorrenza le attività in programma, pena la decadenza della nomina, salvo che provi l'esistenza di legittimo impedimento;
- di rispettare quanto previsto dal vigente regolamento in materia di presenze/assenze, sospensione o revoche;
- di osservare tutte le norme interne e le disposizioni impartite dal responsabile scientifico.

Articolo 8

Norme transitorie

L'Azienda dichiara sin d'ora di non assumere alcuna responsabilità per domande disperse o giunte tardivamente, a causa di inesatte indicazioni di recapito da parte del candidato, e per mancata o tardiva comunicazione da parte dell'Azienda stessa, dovuta a inesattezze dell'indirizzo indicato nella domanda o variazioni dello stesso non tempestivamente comunicate.

Per eventuali ulteriori informazioni i candidati possono rivolgersi a:

Ufficio Borse di Studio della S.C. O.A.R.U. – Rif. S. Merico

Ospedale Molinette, ingresso di Via Cherasco, 3 terzo piano – 10126 Torino

Tel. 011/6335154 Fax 011/6335081

Il Direttore della S.C. Organizzazione e Acquisizione delle Risorse Umane
Antonella Esposito

Allegato

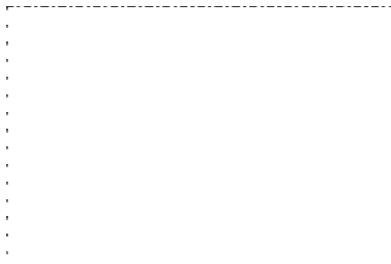


SEDE LEGALE: Corso Bramante, 88/90 - 10126 Torino **Centralino:** tel. +39.011.6331633 **P.I./Cod. Fisc.** 10771180014
www.cittadellasalute.to.it

Presidi Ospedalieri: - Molinette, Dermatologico S. Lazzaro, S. Giovanni Antica Sede - centr.: tel. +39.0116331633
- Centro Traumatologico Ortopedico, Istituto Chirurgico Ortopedico Regina Maria Adelaide - centr.: tel. +39.0116933111
- Infantile Regina Margherita, Ostetrico Ginecologico S. Anna - centr.: tel. +39.0113134444

DOMANDA PER ASSEGNAZIONE BORSA DI STUDIO

[Il presente modulo, debitamente compilato può essere inoltrato anche via fax all'ufficio borse di studio -☎ 011-633.5081



Al Direttore S.C.
Organizzazione e Acquisizione delle
Risorse Umane
Dott.ssa Antonella ESPOSITO

Il/La sottoscritto/a _____

(per le donne coniugate indicare il cognome da nubile)

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

residente in _____ (Prov. _____)

via/corso _____ n. _____

c.a.p. _____ telefono _____

indirizzo di posta elettronica _____

codice fiscale _____

In possesso di:

- cittadinanza: _____
- titolo di studio: _____

chiede di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per il conferimento della
Borsa di Studio a tempo pieno/ parziale e di durata annuale/ semestrale/
mesi ____ , relativo ad attività da svolgersi presso la Struttura Complessa

(Direttore _____) dal titolo:

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara quanto segue:

- di non svolgere attività retribuite presso Enti Pubblici o privati oppure
 di svolgere attività retribuita presso Ente Pubblico/Privato con un monte-ore complessivo di _____
- di essere in possesso di Laurea in _____ ,
conseguito nell'anno accademico ____/____ con votazione ____/110 presso
l'Università degli Studi di _____
di essere in possesso degli ulteriori titoli di studio di seguito indicati:
 - o _____
 - o _____
 - o _____

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi degli artt. 47 e 48 del D.P.R. 445/2000, dichiara che quanto sopra esposto risponde a verità.

Il/La sottoscritto/a richiede infine che ogni comunicazione venga effettuata al seguente indirizzo:

città _____ (Prov. _____)

via/corso _____ n. _____

c.a.p. _____ recapito telefonico _____

Il/La sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali sopraindicati, ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196, per le finalità di gestione della presente richiesta.

Torino, li _____

(FIRMA DELL'INTERESSATO/A)

(da apporre in presenza del funzionario, o, in alternativa,
allegando fotocopia, non autenticata, del documento di identità,
ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Privacy - informativa art. 13 D.Lgs 196/2003.

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa delle borse di studio. È possibile accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003 (accesso, correzioni, cancellazioni, opposizione al trattamento etc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento (A.U.O. San Giovanni Battista di Torino - C.so Bramante, 88 - 10126 Torino).

A cura della S.C. Organizzazione e Acquisizione delle Risorse Umane

DOCUMENTO PRESENTATO	NUM. DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> Carta d'identità / <input type="checkbox"/> Patente / <input type="checkbox"/> Altro (specificare: _____)	

DATA _____.

IL FUNZIONARIO INCARICATO
(COGNOME/NOME/QUALIFICA)



SEDE LEGALE: Corso Bramante, 88/90 - 10126 Torino **Centralino:** tel. +39.011.6331633 **P.I./Cod. Fisc.** 10771180014
www.cittadellasalute.to.it

Presidi Ospedalieri: - Molinette, Dermatologico S. Lazzaro, S. Giovanni Antica Sede - centr.: tel. +39.0116331633
- Centro Traumatologico Ortopedico, Istituto Chirurgico Ortopedico Regina Maria Adelaide - centr.: tel. +39.0116933111
- Infantile Regina Margherita, Ostetrico Ginecologico S. Anna - centr.: tel. +39.0113134444

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 del D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
residente in _____ (Prov. _____)
via/corso _____ n. _____ c.a.p. _____
telefono _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (art. 76 del D.P.R. 445/2000) e che, qualora dal controllo effettuato, emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 45 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali sopraindicati, ai sensi del D.Lgs 30/6/2003 n. 196, per le finalità di gestione della presente richiesta

Torino, li _____

FIRMA

(da apporre in presenza del funzionario, o, in alternativa,
allegando fotocopia, non autenticata, del documento di identità,
ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Privacy - Informativa art. 13 D.Lgs 196/2003.

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa delle iniziative di formazione (contabilità / formazione elenchi / gestione nell'ambito della Banca dati per il Programma Ministeriale e la Commissione Nazionale Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute gestita da questa Azienda) e di gestione delle borse di studio. E' possibile accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento etc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento (Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino - Corso Bramante, 88 - 10126 TORINO); per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio Segnalazioni c/o S.C. Relazioni con il Pubblico dell'Azienda.

A cura della S.C. Organizzazione e Acquisizione delle Risorse Umane

DOCUMENTO PRESENTATO	NUM. DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> Carta d'identità / <input type="checkbox"/> Patente / <input type="checkbox"/> Altro (specificare: _____)	

DATA _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO
(COGNOME/NOME/QUALIFICA)



SEDE LEGALE: Corso Bramante, 88/90 - 10126 Torino Centralino: tel. +39.011.6331633 P.I./Cod. Fisc. 10771180014
www.cittadellasalute.to.it

Presidi Ospedalieri: - Molinette, Dermatologico S. Lazzaro, S. Giovanni Antica Sede - centr.: tel. +39.0116331633
- Centro Traumatologico Ortopedico, Istituto Chirurgico Ortopedico Regina Maria Adelaide - centr.: tel. +39.0116933111
- Infantile Regina Margherita, Ostetrico Ginecologico S. Anna - centr.: tel. +39.0113134444

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 del D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
residente in _____ (Prov. _____)
via/corso _____ n. _____
c.a.p. _____ telefono _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (art. 76 del D.P.R. 445/2000) e che, qualora dal controllo effettuato, emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 45 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali sopraindicati, ai sensi del D.Lgs 30/6/2003 n. 196, per le finalità di gestione della presente richiesta

Torino, li _____

FIRMA

(da apporre in presenza del funzionario, o, in alternativa,
allegando fotocopia, non autenticata, del documento di identità,
ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Privacy - Informativa art. 13 D.Lgs 196/2003

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa delle iniziative di formazione (contabilità / formazione elenchi / gestione nell'ambito della Banca dati per il Programma Ministeriale e la Commissione Nazionale Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute gestita da questa Azienda) e di gestione delle borse di studio. E' possibile accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento etc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento (Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino - Corso Bramante, 88 - 10126 TORINO): per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio Segnalazioni c/o S.C. Relazioni con il Pubblico dell'Azienda.

A cura della S.C. Organizzazione e Acquisizione delle Risorse Umane

DOCUMENTO PRESENTATO	NUM. DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> Carta d'identità / <input type="checkbox"/> Patente / <input type="checkbox"/> Altro (specificare: _____)	

DATA _____.

IL FUNZIONARIO INCARICATO
(COGNOME/NOME/QUALIFICA)
