

Azienda Ospedaliero-Universitaria Citta' della Salute e della Scienza di Torino

**Istituzione di n. 1 borsa di studio annuale a tempo parziale con utilizzo di fondi derivanti da sperimentazioni cliniche per attività presso la S.C. Neurochirurgia - Presidio CTO/M. Adelaide di concerto con la S.C. Neurologia 2 U - Presidio Molinette - e contestuale emissione di avviso pubblico.**

In esecuzione della determinazione n. 591/2014 del 18 marzo 2014 è emesso avviso per l'istituzione di n. 1 borsa di studio annuale a tempo parziale con utilizzo di fondi derivanti da sperimentazioni cliniche per attività presso la S.C. Neurochirurgia – Presidio CTO/M. Adelaide di concerto con la S.C. Neurologia 2 U - Presidio Molinette - come segue:

Titolo Attività:	Studio epidemiologico sul dolore neuropatico in Italia nella Neuropatia diabetica, nelle Neuropatie traumatiche e post-chirurgiche, nella Sclerosi Multipla e nello Stroke.
Respons. Attività:	Dr.ssa Palma CIARAMITARO
Durata:	Mesi 12 - Tempo parziale (25 ore sett.li)
Importo:	€ 8.294,93= totale lordo
Requisiti:	➤ Laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia; ➤ Esperienza in esecuzione studi di conduzione motoria e sensitiva e stimolazione magnetica transcranica.

Possono partecipare al concorso tutti coloro i quali siano in possesso dei requisiti richiesti.

L'attività dovrà essere condotta a termine nel periodo specificato, in relazione al quale verranno corrisposti gli assegni.

L'attività a tempo pieno implica incompatibilità con qualsiasi attività retribuita svolta presso Enti pubblici o privati, mentre l'attività a tempo parziale comporta l'impegno orario specificato nel bando e non implica incompatibilità.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda di ammissione alla selezione, utilizzando gli appositi moduli allegati al presente avviso, **improrogabilmente entro le ore 12,30 del 10 Aprile 2014** presso Struttura Complessa Organizzazione e Acquisizione delle Risorse Umane - Borse di Studio - C.so Bramante, 88/90 - Torino - tel. 011/633.5077-5010 - 3° piano - Padiglione Beige - (ex Casa Suore); dal lunedì al venerdì con orario 9,30/12,30.

La domanda di partecipazione, corredata di tutta la documentazione richiesta, dovrà pervenire all'ufficio sopra menzionato nel termine perentorio specificamente indicato nell'avviso e potrà essere presentata a mano, via telefax (011/633.5081), o a mezzo posta. In quest'ultimo caso, ai fini della decorrenza dei termini di scadenza, farà fede la data di protocollazione apposta dall'ufficio ricevente; non farà fede invece la data del timbro dell'Ufficio Postale. Non saranno pertanto prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine di scadenza.

Alla domanda dovranno essere allegati i seguenti documenti:

- a) progetto dettagliato dell'attività che il candidato intende svolgere;
- b) curriculum vitae;
- c) eventuali pubblicazioni;
- d) ogni altro documento ritenuto utile;
- e) elenco in carta semplice e in duplice copia (datato e firmato) della documentazione presentata.

Si precisa che la mancata presentazione del progetto dettagliato dell'attività nei termini indicati costituisce causa di inammissibilità della domanda e comporta l'automatica esclusione dell'aspirante dal colloquio selettivo. I titoli e i documenti che i candidati ritengono opportuno

presentare ai fini della formazione della graduatoria devono essere prodotti in copia autenticata ai sensi di legge, o autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

I candidati dovranno dichiarare di autorizzare l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Decreto Legislativo 30.6.2003 n. 196, e della Legge 07.08.2012 n. 134 finalizzati agli adempimenti per l'espletamento della procedura concorsuale.

La selezione degli aspiranti avrà luogo sulla scorta del punteggio complessivo attribuito in base alla valutazione di:

- progetto dell'attività presentato;
- curriculum formativo e professionale;
- colloquio.

L'espletamento della selezione e la formulazione della graduatoria dei candidati risultati idonei verranno effettuati ad opera di apposita Commissione costituita dall'Azienda e composta da tre membri:

- il Direttore di Struttura Complessa o di Dipartimento o suo delegato, con funzione di Presidente della Commissione;
- il Responsabile dell'attività o suo delegato;
- un funzionario amministrativo dell'Azienda con compiti di segreteria.

La data e la sede del colloquio saranno comunicate ai candidati, con preavviso di almeno 10 giorni, al recapito indicato nella domanda. Qualora il numero degli aspiranti in possesso dei requisiti prescritti sia pari o inferiore al numero degli assegni disponibili, l'Amministrazione si riserva di conferire gli incarichi senza preventiva selezione.

Il conferimento è subordinato alla presa visione ed integrale accettazione del "Regolamento relativo allo svolgimento di attività con borse di studio conferite dall'Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino" attualmente in vigore.

Gli assegni saranno pagati in ratei mensili posticipati, la cui erogazione è subordinata al giudizio positivo, da parte del Responsabile, circa l'attività espletata.

In caso di rinuncia del selezionato al proseguimento dell'attività, l'incarico medesimo verrà conferito, ove esista, al candidato collocato nel successivo posto della relativa graduatoria su richiesta del responsabile dell'attività. Ove non esistano altri nominativi in graduatoria, su richiesta del titolare responsabile del progetto, verrà riattivato il bando di concorso.

Il conferimento dell'incarico non instaura alcun rapporto di lavoro.

L'assegnatario dovrà stipulare un contratto di assicurazione a suo favore, sottoscritto presso qualsiasi compagnia, per invalidità permanente o morte conseguente ad infortunio e malattie riportati in occasione della ricerca espletata in ambito ospedaliero (compreso il rischio da H.I.V. per attività in aree a rischio), con un massimale complessivo di € 500.000,00 (di cui € 250.000,00 per malattie professionali ed € 250.000,00 per morte), riferita al periodo della borsa di studio; la polizza dovrà essere stipulata anche per attività svolta in altra sede o all'estero. Si precisa che l'onere di tale assicurazione sarà completamente a carico del borsista.

L'Azienda si riserva la facoltà, a suo insindacabile giudizio, di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, qualora ne risultasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse senza l'obbligo di notifica e senza che i concorrenti possano accampare pretese o diritti di sorta.

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

Allegato

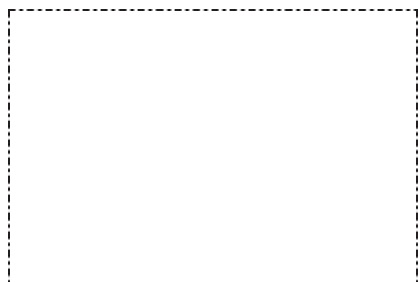


**SEDE LEGALE:** Corso Bramante, 88/90 - 10126 Torino **Centralino:** tel. +39.011.6331633 **P.I./Cod. Fisc.** 10771180014  
www.cittadellasalute.to.it

**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:
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

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, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(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 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)



**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, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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)