

S.A.A.P.A. S.p.A. Ospedale di Settimo - Settimo Torinese (Torino)

AVVISO DI SELEZIONE PER TITOLI E COLLOQUIO PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI 1 POSTO DI MEDICO ASSISTENTE DI FASCIA B, CON SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA INTERNA/EQUIPOLLENTE /AFFINE

Si rende noto che la S.A.A.P.A. S.p.A. indice una selezione, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo indeterminato di 1 posto di medico assistente di fascia B. Al posto suddetto è attribuito il trattamento economico e giuridico previsto dal CCNL Sanità Privata – Personale medico, per attività da svolgere presso la Lungodegenza e/o CAVS e/o la Riabilitazione di II livello dell’ Ospedale di Civico “Città di Settimo Torinese”, sito in Via Santa Cristina 3 – 10036 Settimo Torinese (TO).

REQUISITI DI AMMISSIONE

Possono partecipare all’avviso coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti:

- A.** Cittadinanza Italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o Cittadinanza di uno dei Paesi dell’Unione Europea.
- B.** Idoneità fisica all’impiego. La società provvederà ad effettuare visita medica al fine di accertare l’idoneità fisica incondizionata alle mansioni previste per il posto di selezione.
- C.** Laurea in Medicina e Chirurgia.
- D.** Iscrizione all’albo provinciale dell’Ordine dei Medici Chirurghi.
- E.** Abilitazione all’esercizio della professione.
- F.** Specializzazione in Medicina Interna oppure in disciplina equipollente oppure in disciplina affine.

DOMANDA DI AMMISSIONE

La domanda (redatta secondo lo schema esemplificativo allegato), debitamente sottoscritta – pena esclusione- dev’essere indirizzata a:

S.A.A.P.A. S.p.A. –Amministratore Unico dell’Ospedale Civico “Città di Settimo Torinese” – Via Santa Cristina n. 3 - 10036 Settimo Torinese, e dovrà pervenire tassativamente entro le ore 12,00 del 10/03/2017. Per informazioni telefonare al n. 011 302.14.00.

All’esterno della busta deve essere indicato il **MITTENTE** e deve essere riportata la seguente dicitura: **“DOMANDA SELEZIONE MEDICO ASSISTENTE B”**.

Per la consegna sono valide le domande spedite o consegnate a mano, le domande non saranno ritenute valide se pervenute per via fax o e-mail.

Per la consegna a mano la Segreteria della Società è aperta tutti i giorni feriali **dalle ore 9,00 alle ore 12,00/ dalle ore 15,00 alle ore 17,00.**

Nella domanda di partecipazione (che deve contenere l’indicazione esatta della selezione in cui si riferisce) gli aspiranti devono dichiarare, sotto la loro personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevoli delle sanzioni penali previsti dall’art. 76 DPR 445/00 per il caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti:

1. Cognome e nome, data e luogo di nascita, residenza.
2. Possesso della cittadinanza italiana o equivalente.
3. Il comune nelle cui liste elettorali sono iscritti ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.
4. Eventuali condanne penali riportate o eventuali procedimenti penali in corso (tali

mediante dichiarazione sostitutiva, resa secondo le modalità specifiche, il candidato dichiara che le stesse sono all'originale.

VALUTAZIONE DEI TITOLI E PROVE DI ESAME

I titoli e le prove saranno valutate da apposita commissione esaminatrice costituita da Responsabili interni e Medici dell'ASL TO4 e dell'ASL TO2 esperti nelle discipline ad oggetto.

La commissione valuterà i titoli e le prove di esame complessivamente in 30 punti così ripartiti:

10 punti per titoli

20 punti per colloquio

Tutti i candidati che avranno presentato domanda in tempo utile e che saranno in possesso dei requisiti previsti dal presente avviso verranno convocati per l'effettuazione del colloquio mediante telegramma o avviso telefonico.

Alle prove di esame i candidati dovranno presentarsi muniti di validi documenti di Identità Personale.

I candidati che non si presenteranno a sostenere la prova di esami saranno dichiarati rinunciatari al concorso, qualunque sia la causa dell'assenza.

La Commissione Esaminatrice formulerà graduatoria di merito che potrà essere utilizzata, entro il termine massimo di dodici mesi dalla data di approvazione, per il conferimento, secondo l'ordine della stessa, di ulteriori incarichi che si rendessero eventualmente necessari presso l'Ospedale di Settimo Torinese.

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/2003 si informano i Signori candidati che i dati personali saranno utilizzati ai soli fini della procedura di selezione e per adempimento di obblighi di legge.

*Amministratore Unico
Sig. Bartolo Massimiliano Casalis*

Allegato

Fac-simile di domanda

Spett.le
S.A.A.P.A. S.p.A. – Ospedale Civico “Città di Settimo Torinese”
Via Santa Cristina, 3
10036 - Settimo T.se (TO)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____

in via _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo indeterminato di 1 posto di medico assistente B. Al posto suddetto è attribuito il trattamento economico e giuridico previsto dal CCNL Sanità Privata – Personale medico, presso l’Ospedale Civico “Città di Settimo Torinese”, sito in Via Santa Cristina 3 – 10036 Settimo Torinese (TO).

L’attività clinica si svolgerà presso la Struttura di Lungodegenza e/o CAVS e/o Riabilitazione di II livello

A tal fine dichiara:

di essere cittadino _____

di essere iscritt __ nelle liste elettorali del Comune di _____

di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

ovvero

di aver riportato le seguenti condanne penali: _____

di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione :

a) Laurea in _____ conseguita il presso _____

b) Specializzazione in _____ conseguita presso _____

c) _____

d) _____

di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione: _____

di non avere prestato servizio presso Pubbliche Amm.ni / ovvero di avere prestato servizio presso le sottototate pubbliche Amm.ni (indicare le cause di risoluzione) _____

Si allega alla presente domanda: _____

Ogni comunicazione deve essere effettuata presso il seguente domicilio :

_____ Via _____

Tel. n. _____

Data _____

Firma _____