

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

**Emissione avviso per il conferimento di n. 1 borsa di studio annuale, con utilizzo di contributi vari, per attività presso il Centro Soccorso Violenza Sessuale (S.V.S.) - Presidio Sant'Anna.**

In esecuzione della deliberazione n. 1759/2019 del 30.12.2019 è emesso avviso per il conferimento di n. 1 borsa di studio annuale, con utilizzo di contributi vari, per attività presso il Centro Soccorso Violenza Sessuale (S.V.S.) - Presidio Sant'Anna - come segue:

Titolo Attività:	Preso in carico in urgenza di donne che hanno subito violenza sessuale o maltrattamenti in gravidanza e controlli di follow-up clinico.
Respons. Attività:	Dr.ssa Paola CASTAGNA
Durata:	Mesi 12
Importo complessivo:	€ 8.000,00= lordo
Requisiti:	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Laurea in Medicina e Chirurgia;</li><li>➤ Esperienza in: un centro sanitario specifico per la presa in carico e l'assistenza a donne che hanno subito violenza sessuale e/o maltrattamento in gravidanza;</li><li>➤ Conoscenza di: protocolli specifici per l'accoglienza sanitaria di donne che hanno subito violenza sessuale o maltrattamento in gravidanza anche attraverso la partecipazione a corsi di formazione e aggiornamento;</li><li>una lingua straniera;</li><li>principali applicativi di Microsoft e Windows;</li><li>➤ Costituirà titolo preferenziale la Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia.</li></ul>

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.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda di ammissione alla selezione, utilizzando gli appositi moduli allegati al presente avviso, ***improrogabilmente entro le ore 12,30 del 23 Gennaio 2020*** presso Struttura Complessa Amministrazione del Personale/Formazione - 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 ritengano 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 e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 finalizzato 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 del colloquio è fissata per il giorno **03 Febbraio 2020 alle ore 11,00** presso Struttura Complessa Amministrazione del Personale/Formazione - Borse di Studio - C.so Bramante, 88/90 tel. 011/633.5077-5010. 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 rate 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 invalidità permanente 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 GENERALE  
(Dott. Silvio FALCO)

Allegato

**SEDE LEGALE:** Corso Bramante, 88/90 - 10126 Torino

**Centralino:** tel. +39.011.6331633    **P.I./Cod. Fisc.** 10771180014    [www.cittadellasalute.to.it](http://www.cittadellasalute.to.it)

**Presidi Ospedalieri:** - Molinette, Padiglione S. Lazzaro, Poliambulatorio S. Giovanni Antica Sede - centr. tel. +39.0116331633  
- Centro Traumatologico Ortopedico - 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.  
Amministrazione del  
Personale/Formazione  
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 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
- di svolgere attività retribuita presso .....per n. .... ore settimanali
- 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, 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.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino - C.so Bramante, 88 - 10126 Torino).

\_\_\_\_\_

A cura della S.C. Amministrazione del Personale/Formazione

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](http://www.cittadellasalute.to.it)

**Presidi Ospedalieri:** - Molinette, Padiglione S. Lazzaro, Poliambulatorio S. Giovanni Antica Sede - centr. tel. +39.0116331633  
 - Centro Traumatologico Ortopedico - 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 Città della Salute e della Scienza di Torino - Corso Bramante, 88 - 10126 TORINO); per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio Segnalazioni c/o S.S.D. Ufficio Relazioni col Pubblico dell'Azienda.

A cura della S.C. Amministrazione del Personale/Formazione

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, Padiglione S. Lazzaro, Poliambulatorio S. Giovanni Antica Sede - centr. tel. +39.0116331633  
- Centro Traumatologico Ortopedico - 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.

Al 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 Città della Salute e della Scienza di Torino - Corso Bramante, 88 - 10126 TORINO); per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio Segnalazioni c/o S.S.D. Ufficio Relazioni col Pubblico dell'Azienda.

A cura della S.C. Amministrazione del Personale/Formazione

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)