

Azienda sanitaria locale 'NO'

**AVVISO PER TITOLI E COLLOQUIO PER LA COSTITUZIONE DI N. 1 RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO DI DIRIGENTE MEDICO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - COD. 71/2020**

E' indetto avviso pubblico per titoli e colloquio per la costituzione di n. 1 rapporto di lavoro a tempo determinato della durata di anni uno di :

**DIRIGENTE MEDICO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE** da assegnare alla s.s.d. recupero e rieducazione funzionale (COD. 71/2020)

Fermo restando il possesso dei requisiti generali, i requisiti specifici richiesti dalla normativa vigente per partecipare all'avviso sono i seguenti:

a) specializzazione nella disciplina oggetto dell'avviso ovvero in disciplina riconosciuta equipollente oppure affine, ai sensi della normativa vigente.

Il personale in servizio di ruolo all'1.2.1998, data di entrata in vigore del D.P.R. 483/1997, è esentato dal requisito della specializzazione nella disciplina relativa al posto di ruolo già ricoperto a tale data per la partecipazione ai concorsi presso le A.S.L. e le Aziende Ospedaliere diverse da quella di appartenenza.

b) iscrizione all'Albo dell'ordine dei medici - chirurghi, attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del bando.

L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

Il rapporto di lavoro a tempo determinato conferito sarà assegnato secondo l'ordine della graduatoria formulata con i criteri e le modalità previste dal D.P.R. 483/1997.

La specializzazione conseguita ai sensi del D. Lgs. 08.08.1991 n. 257 o del D. Lgs. 17.08.1999 n.368, anche se fatta valere come requisito di ammissione, è valutata tra i titoli di carriera come servizio prestato nel livello iniziale del profilo stesso nel limite massimo della durata del corso di studi, così come previsto dall'art. 45 del D. Lgs. 368/1999 e come chiarito in merito dal Ministero della Salute e delle Politiche Sociali con nota n. 0017806 – P dell'11.03.2009 – DGRUPS. Pertanto è necessario che il candidato che intenda usufruire di tali punteggi, dichiari con esplicita autocertificazione, di aver conseguito la propria specialità ai sensi del D. Lgs. n. 257/91 ovvero ai sensi del D. Lgs n. 368/1999, specificando anche la durata del corso. In mancanza di tali indicazioni non verrà attribuito alcun punteggio.

Il candidato, collocato in graduatoria, che rinuncia ad un conferimento oppure non assume servizio entro 15 giorni dalla data di comunicazione del conferimento, si intende rinunciatario anche nei confronti dei conferimenti futuri.

La domanda, redatta in carta semplice, contenente le dichiarazioni previste dall'art. 3 del D.P.R. 483/1997, corredata dalla documentazione comprovante il possesso dei requisiti specifici prescritti nonché dagli ulteriori titoli che i candidati intendano produrre nel loro interesse, ivi compreso un curriculum formativo e professionale (redatto in carta semplice, datato e firmato) ed un elenco in triplice copia di quanto presentato **dovrà pervenire all'A.S.L. "NO" – viale Roma, 7 - 28100**

**NOVARA, entro e non oltre le ore 12.00 del quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte.**

La domanda potrà essere prodotta entro il termine di scadenza con una delle seguenti modalità:

1. lettera raccomandata A/R;
2. direttamente presso l'ufficio protocollo dell'ASL NO (Viale Roma 7 – 1° piano Palazzina C – Novara) in orario d'ufficio (dal lunedì al venerdì dalle ore 08.10 alle ore 16.00).

Alle domande presentate personalmente all'ufficio protocollo non verrà fatta alcuna verifica sulla correttezza e completezza della documentazione.

3. invio telematico da un indirizzo di posta elettronica certificata alla seguente posta elettronica certificata: [protocollogenerale@pec.asl.novara.it](mailto:protocollogenerale@pec.asl.novara.it)

La dimensione massima della e-mail da inviare non potrà superare i 10 MB. Si fa presente che è possibile inviare file compressi (.zip .rar)

Il canale della posta elettronica certificata potrà essere, discrezionalmente, utilizzato dall'Azienda nel prosieguo delle proprie comunicazioni relative all'iter procedurale.

La sottoscrizione dell'istanza non è soggetta ad autenticazione, ma dovrà essere accompagnata dalla fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Nel caso di cui al punto 3 l'inoltro tramite posta elettronica certificata di cui all'art. 16 bis del D.L. 185/2008 è già sufficiente a rendere valida l'istanza, a considerare identificato l'autore della stessa, a ritenere la stessa regolarmente sottoscritta.

Nel caso in cui l'istanza contenga dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

Per le domande inoltrate a mezzo del servizio postale, la data di spedizione è comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante.

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA.**

Alla domanda di partecipazione, redatta secondo lo schema esemplificativo allegato al presente bando (Allegato 1), i candidati, devono allegare:

- 1). un curriculum formativo e professionale, in carta semplice, datato e firmato. Il curriculum ha unicamente uno scopo informativo.
- 2.) Dichiarazione sostitutiva ex artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. relativa ai servizi prestati, da rendersi esclusivamente utilizzando il modello allegato al presente bando (Allegato 2).
  - I servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni o strutture sanitarie private accreditate dovranno essere indicati specificando per ciascuno:
    - l'Amministrazione presso la quale si è prestato servizio (indicare se Ente pubblico, ente privato accreditato o ente privato)
    - il profilo professionale;
    - la data (gg/mese/anno) di inizio e fine di ogni periodo di servizio;
    - l'orario di servizio settimanale;
    - la tipologia di rapporto di lavoro [indicare se rapporto di dipendenza (a tempo determinato o indeterminato), co.co.co., collaborazioni professionali, lavoro somministrato, ecc.];
    - le eventuali cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
    - gli eventuali periodi di aspettativa senza assegni fruiti per i quali non si è maturata anzianità di servizio;

- se ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979 (mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni)

3.) Eventuali certificati attestanti il servizio prestato presso Case di Cura private. Tali certificati devono espressamente contenere l'indicazione della convenzione o accreditamento con il S.S.N.; in assenza di tale indicazione il servizio non sarà considerato, qualora di dipendenza, nei titoli di carriera ma nel curriculum formativo e professionale;

4.) eventuali pubblicazioni edite a stampa, in copia autenticata ai sensi di legge e materialmente prodotte.

5.) dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 DPR 445/2000 relativa ad ulteriori titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria da rendersi esclusivamente utilizzando il modello allegato al presente bando (allegato 3).

6.) Dichiarazione sostitutiva ex artt. 46 e 47 DPR 445/2000, relativa ai Titoli di precedenza e preferenza nella graduatoria, da rendersi esclusivamente utilizzando il modello allegato al presente bando (Allegato 3).

7.) Elenco, datato e firmato in triplice copia, dei documenti presentati. I documenti devono essere allegati in unico esemplare; solo l'elenco va presentato in triplice copia. L'eventuale riserva di invio dei documenti successivamente alla scadenza del bando è priva di effetto.

Non saranno prese in considerazione autocertificazioni non redatte in conformità alle prescrizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000.

La domanda di partecipazione e le dichiarazioni sostitutive di cui agli uniti moduli non necessitano dell'autenticazione se sottoscritte dall'interessato avanti al funzionario addetto, ovvero inviate unitamente a fotocopia di documento di riconoscimento.

Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie previste dalla certificazione che sostituiscono. Inoltre, devono essere redatte con specifica indicazione di riferimenti di legge e della conseguente assunzione di responsabilità. Non saranno prese in considerazione dichiarazioni rese in forma generica.

La Commissione deputata alla valutazione dei candidati dispone complessivamente di 50 punti per la valutazione dei titoli e del colloquio, così ripartiti:

a) titoli: massimo punti 20, così ripartiti:

- titoli di carriera: 10;
- titoli accademici e di studio: 3;
- pubblicazioni e titoli scientifici: 3;
- curriculum formativo e professionale: 4;

b) colloquio: massimo punti 30, vertente sulle materie inerenti alla disciplina oggetto della selezione nonché sui compiti connessi alla funzione da conferire.

Il superamento del colloquio è subordinato al raggiungimento di un punteggio pari a 21/30.

Per i punteggi per la valutazione dei titoli si fa riferimento a quanto previsto dal DPR 483/97.

**La data ed il luogo di svolgimento del colloquio saranno comunicati ai candidati con avviso pubblicato sul sito internet aziendale [www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it) alla voce "Concorsi", con preavviso di almeno giorni 10.**

Qualora il dirigente assunto a tempo determinato rassegni le dimissioni prima della scadenza prevista dal contratto, il medesimo è tenuto a dare all'amministrazione un preavviso di giorni trenta.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, a suo insindacabile giudizio, senza che gli aspiranti possano vantare pretese o diritti di sorta.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla s.c. "Gestione Personale e Valorizzazione Risorse Umane" – A.S.L. "NO" – viale Roma, 7 - 28100 NOVARA

**F.to IL DIRETTORE SC GPVRU**  
Dott. Gianluca CORONA

**ALLEGATO 1)**

**AL DIRETTORE GENERALE A.S.L. "NO"  
28100 NOVARA  
(cod. 71/2020)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome e nome; per le donne coniugate indicare il cognome da nubile), nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_), residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso/a all'avviso per titoli e colloquio per la copertura di n. 1 posto a tempo determinato di Dirigente Medico di Medicina Fisica e Riabilitazione da assegnare alla s.s.d. recupero e rieducazione funzionale (COD. 71/2020)

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000:

- o di essere in possesso della cittadinanza italiana;  
ovvero
- o di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana \_\_\_\_\_;
- o di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
ovvero
- o di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo \_\_\_\_\_
- o di non aver riportato condanne penali  
ovvero
- o di aver riportato condanne penali per i seguenti reati:  
\_\_\_\_\_
- o di non avere procedimenti penali in corso;  
ovvero
- o di avere i seguenti procedimenti penali in corso: \_\_\_\_\_
- o di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
- o di essere in possesso del Diploma di Laurea \_\_\_\_\_, conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- o di essere in possesso di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- o di essere in possesso di specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

- di prestare servizio presso \_\_\_\_\_, con la qualifica di \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ far data dal \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_
- di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: \_\_\_\_\_;
- che il recapito a cui deve essere inviata ogni comunicazione relativa all'avviso è il seguente: \_\_\_\_\_ (i  
ndicare: cognome, nome, indirizzo, CAP, città, provincia e numero telefonico)
- di manifestare il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) per gli adempimenti connessi alla presente procedura nonché all'eventuale procedura di assunzione.
- di essere consapevole che la presente dichiarazione sostitutiva è, per legge, considerata come resa ad un "pubblico ufficiale" (anche se non è stata resa alla presenza del dipendente addetto a riceverla). Conseguentemente, ove essa risultasse in tutto - od in parte - inveritiera, il dichiarante incorre nel reato di cui all'art.483 del codice penale, reato punito con la pena della reclusione sino a due anni.

Allega alla presente copia fotostatica di documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate.

(ALLEGATO 2)

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 29.12.2000, n. 445 (riguardante i servizi prestati)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara di aver prestato o di prestare servizi presso i seguenti Enti:

Ente	dal (gg/m/a)	al (gg/m/a)	Qualifica	Disciplina	Tipo di rapporto *

\* indicare se a tempo indeterminato, incaricato, supplente o libero professionista/consulente con indicazione dell'impegno orario settimanale ed in caso di risoluzione del rapporto di lavoro, indicarne le cause.

Per i servizi svolti, dichiara che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 in presenza delle quali il punteggio deve essere ridotto e dichiara altresì:

odi non aver fruito di aspettativa senza assegni.

odi aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Sottoscrizione non in presenza del dipendente addetto**

Allego fotocopia non autenticata fronte-retro del seguente documento di identità:

Tipo: \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

**Sottoscrizione in presenza del dipendente addetto, previa esibizione di documento di identità**

Per sottoscrizione apposta in mia presenza

Novara, \_\_\_\_\_ Il dipendente addetto \_\_\_\_\_

(ALLEGATO 3)

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 29.12.2000, n. 445**

**(riguardante stati, qualità personali o fatti comprovati con la sola dichiarazione)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ consapevole consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara quanto segue:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Sottoscrizione non in presenza del dipendente addetto (art. 38, D.P.R. n. 445/2000)**

Allego fotocopia non autenticata fronte-retro del seguente documento di identità:

Tipo: \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

**Sottoscrizione in presenza del dipendente addetto, previa esibizione di documento di identità (art. 38, D.P.R. n. 445/2000)**

Per sottoscrizione apposta in mia presenza

Novara, \_\_\_\_\_ Il dipendente addetto \_\_\_\_\_