

REGIONE PIEMONTE BU48 01/12/2022

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 N. 4 POSTI DI MEDICO ASSISTENTE DI FASCIA B CON
SPECIALIZZAZIONE**

Allegato

**AVVISO DI SELEZIONE PER TITOLI E COLLOQUIO PER LA
COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 4 POSTI
DI MEDICO ASSISTENTE DI FASCIA B CON
SPECIALIZZAZIONE**

Si rende noto che S.A.A.P.A. S.p.A. in Liquidazione indice una selezione, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo indeterminato di **4 posti 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 il Reparto di Lungodegenza dell’Ospedale 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 GERIATRIA oppure in disciplina equipollente oppure in disciplina affine**

Oppure

in Formazione specialistica a partire dal terzo anno del Corso nelle specifiche discipline richieste nel presente bando.

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. – Via Santa Cristina n. 3 – 10036, Settimo Torinese

e dovrà pervenire tassativamente entro le ore 12,00 del 16/12/2022 (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”**.

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 16,30.**

Nella domanda di partecipazione (che deve contenere l'indicazione esatta della selezione a 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, recapiti telefonici;
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 (tale dichiarazione deve essere resa anche in caso negativo).
5. i titoli di studio posseduti con l'esatta indicazione della data del conseguimento e della scuola che li ha rilasciati.
6. la posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i candidati di sesso maschile).
7. i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni e le eventuali cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego.
8. il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta pervenire ogni necessaria comunicazione (con l'indicazione del numero telefonico).

Dovrà essere allegata anche copia del documento d'identità

La Società non assume alcuna responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del candidato.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Alla domanda di partecipazione alla selezione i candidati devono allegare i seguenti titoli:

1. Laurea.
2. Iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi.
3. Abilitazione all'esercizio della professione.
4. Specializzazione in Geriatria e/o in specializzazione equipollente e/o specializzazione affine o documento che comprovi l'iscrizione al III anno del Corso di specializzazione. Per i titoli conseguiti all'estero: decreto di riconoscimento dei titoli esibiti in Italia.
5. Tutte le certificazioni ed i documenti relativi ai titoli che l'aspirante ritenga opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della rosa dei candidati idonei.
6. Curriculum formativo e professionale redatto in carta semplice, datato e firmato con le indicazioni previste.
7. Un elenco, in carta semplice, dei documenti presentati numerati progressivamente in relazione al corrispondente titolo e con l'indicazione del relativo stato (se originale o fotocopia autenticata) datato e firmato.

Ogni documento può essere presentato secondo una delle seguenti modalità:

- in originale
- in copia autenticata
- mediante dichiarazione sostitutiva di conformità all'originale del documento presentato in copia semplice. In caso di dichiarazione di conformità all'originale di più documenti, dovrà essere utilizzata un'unica dichiarazione sostitutiva. Alla dichiarazione sostitutiva, resa e sottoscritta dall'interessato deve essere allegata copia fotostatica di documento di identità del sottoscrittore
- mediante autocertificazione riguardante il fatto che il candidato è in possesso dei titoli indicati in un documento che non viene presentato.

La dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà (art. 46 e 47 DPR 445 del 28/12/2000) deve riportare obbligatoriamente la seguente dicitura: “il sottoscritto consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, si applicheranno le sanzioni penali di cui all'art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera”

PUBBLICAZIONI: le pubblicazioni devono essere edite a stampa e devono comunque essere presentate, avendo cura di evidenziare il proprio nome. È ammessa la

Via S. Cristina, 3 – 10036 Settimo Torinese (TO)

Tel +39 011-30.21.400 – P.IVA 08507160011

Mail: segreteria.saapa@ospedalesettime.it

PEC: amministrazione@cert.ospedalesettime.it

www.ospedalesettime.it

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

VALUTAZIONE DEI CANDIDATI

I candidati saranno valutati da apposita commissione esaminatrice costituita da Responsabili interni e/o Medici dell'ASL TO4 e dell'ASL Città di Torino esperti nelle discipline ad oggetto.

La commissione valuterà i titoli e il colloquio complessivamente in 30 punti così ripartiti:

fino a 10 punti per titoli;

fino a 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 saranno **contattati per lo svolgimento del colloquio, che si svolgerà presso l'Ospedale Civico (al quarto piano).**

Alle prove di esame i candidati dovranno presentarsi muniti di valido documento di identità personale.

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

La Commissione esaminatrice formulerà graduatoria di merito che potrà essere utilizzata per il conferimento, secondo l'ordine della stessa, di ulteriori incarichi che si rendessero eventualmente necessari presso l'Ospedale di Settimo Torinese.

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere e revocare il presente bando, o parte di esso qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse, senza che i concorrenti possano vantare diritti di sorta.

Ai sensi e per gli effetti del DGPR 679/2016, si informano i candidati che i dati personali saranno utilizzati ai soli fini della procedura di selezione e per adempimento di obblighi di legge.

Per il Collegio dei Liquidatori

Dott. Alessandro Rossi

Via S. Cristina, 3 – 10036 Settimo Torinese (TO)
Tel +39 011-30.21.400 – P.IVA 08507160011

Mail: segreteria.saapa@ospedalesettimo.it

PEC: amministrazione@cert.ospedalesettimo.it

www.ospedalesettimo.it

Fac-simile di domanda

Spett.le
S.A.A.P.A. S.p.A. in liquidazione
Via Santa Cristina, 3
10036 - Settimo Torinese (TO)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____
in via _____ tel. _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo indeterminato di 4 posti 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**.

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 _____ il _____ presso _____
b) Specializzazione in _____ conseguita il _____ --
presso _____
c) _____ (EVENTUALI ALTRI TITOLI) _____ -
d) _____ (EVENTUALI ALTRI TITOLI) _____

OPPURE DI ESSERE

Specializzando in _____ frequentante il _____
anno di Specializzazione

Via S. Cristina, 3 – 10036 Settimo Torinese (TO)
Tel +39 011-30.21.400 – P.IVA 08507160011

Mail: segreteria.saapa@ospedalesettimo.it

PEC: amministrazione@cert.ospedalesettimo.it

www.ospedalesettimo.it

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 sottoelencate 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 _____