

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

Avviso pubblico per il conferimento di incarichi libero-professionali a n. 2 Medici specialisti per Deospedalizzazione Protetta, Lungodegenza presso l'ospedale di Settimo.

Si rende noto che questa Società intende procedere al conferimento di incarichi libero professionali presso l' "Ospedale di Settimo" sito in Via Santa Cristina 3 a Settimo Torinese (TO):

- n. 2 Medici Specialisti per lo svolgimento di attività clinica presso la Deospedalizzazione Protetta e/o Lungodegenza

Requisiti richiesti:

1. Laurea in Medicina e Chirurgia;
2. Abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'Ordine Professionale;
3. Specializzazione in Geriatria e/o in Medicina Interna, o in specializzazione equipollente e/o affine.

La domanda di partecipazione alla selezione per il conferimento degli incarichi dovrà essere redatta come da fac-simile allegato al presente avviso, *con indicazione dell'indirizzo a cui devono essere inviate le comunicazioni di convocazione.*

Alla domanda dovranno essere allegati esclusivamente un curriculum formativo e professionale redatto su carta libera datato e firmato, con autocertificazione dei titoli posseduti e di ogni altra indicazione ritenuta utile ai fini del presente bando e fotocopia del documento di identità.

L'incarico verrà conferito previa valutazione del curriculum e successiva effettuazione di un colloquio da Medici esperti nelle discipline ad oggetto dell'incarico individuati dalle ASL TO 4 e TO 2.

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.

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 libero-professionali che si rendessero eventualmente necessari presso l'Ospedale di Settimo Torinese.

Gli incarichi avranno durata commisurata alla specificità delle esigenze evidenziate, con impegno medio base di 130 ore mensili, elevabili a 173 ore.

Il compenso riferito all'impegno base è determinato fino a Euro 6.055,00 lordi mensili.

La domanda deve essere recapitata a mano oppure a mezzo servizio postale, corriere, alla S.A.A.P.A. S.p.A. - Ufficio Direzione Amministrativa

dell'Ospedale di Settimo – Via Santa Cristina n. 3 - 10036 Settimo Torinese,
e dovrà pervenire *tassativamente entro il 3 dicembre 2009* .

Per informazioni telefonare al n. 011 3021400.

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.

Direttore Amministrativo

Davide Vigani

S.A.A.P.A. S.p.A. Ospedale di Settimo
Via Santa Cristina n. 3
10036 Settimo Torinese (TO)

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

Chiede

di partecipare alla selezione per il conferimento di incarico libero professionale per:

attività clinica presso la Struttura di Deospedalizzazione Protetta e/o 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 _____ conseguita il presso _____

b) _____

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 _____