

Azienda ospedaliera Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria  
**Avviso pubblico, per titoli e colloquio, a n. 1 posto di Dirigente medico di cardiocirurgia.**

In esecuzione della determinazione n° 489 del 4 dicembre 2012, è indetta la procedura di conferimento incarico a tempo determinato, per titoli e colloquio, del seguente posto:

RUOLO SANITARIO

PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO

N. 1 DIRIGENTE MEDICO DI CARDIOCHIRURGIA (CODICE N° 23/2012).

REQUISITI GENERALI E SPECIFICI DI AMMISSIONE (Artt. 1 e 24 D.P.R. 10.12.1997 n° 483)

- a) laurea in medicina e chirurgia;
- b) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso o equipollente o affine (ai sensi dei DDMM 30/01/1998 e 31/01/1998);
- c) iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici – Chirurghi, autocertificata indicando tutti gli elementi identificativi ed in particolare: la sede dell'Ordine di afferenza, il n° di iscrizione e la decorrenza della stessa.

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

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso per la presentazione della domanda di ammissione.

Il difetto anche di uno solo dei requisiti prescritti comporta la non ammissione alla selezione.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE (Artt. 2 e 3 D.P.R. n° 483/97)

Le domande di ammissione alla selezione, redatte in carta semplice, secondo lo schema allegato al bando, comprensivo di *fac-simile* di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, dovranno pervenire, entro il termine perentorio di giorni 15, naturali e successivi alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, con raccomandata con avviso di ricevimento, al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" - Via Venezia n° 16 - 15121 Alessandria oppure mediante trasmissione in formato *.pdf* di tutta la documentazione richiesta dal presente avviso attraverso posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo *personale@pec.ospedale.al.it*.

Qualora la scadenza coincida con un giorno festivo il termine si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La firma in calce alla domanda non è soggetta ad autenticazione.

Gli interessati sotto la propria responsabilità devono espressamente indicare:

1. cognome e nome;
2. luogo e data di nascita;
3. residenza;
4. il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
5. il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle liste medesime;
6. le eventuali condanne penali riportate; in caso negativo dichiarare espressamente di non averne riportate;
7. i titoli di studio posseduti, con l'indicazione della data, della sede e della denominazione completa dell'Istituto o degli Istituti in cui i titoli sono

stati conseguiti; (nel caso di conseguimento all'estero, gli estremi del provvedimento del Ministero della Salute con il quale ne è stato disposto il riconoscimento in Italia);

8. la posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soggetti nati entro il 1985);

9. i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e le eventuali cause di cessazione di precedenti rapporti di pubblico impiego. In caso negativo dichiarare espressamente di non avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni;

10. di aver diritto alla precedenza o alla preferenza, a parità di merito, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 487/1994 (indicare la categoria di appartenenza); omettere tale dichiarazione in caso di non appartenenza ad alcuna categoria;

11. il possesso dei requisiti specifici per l'ammissione alla selezione;

12. l'autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs. 30.06.2003 n° 196 finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura selettiva.

13. il domicilio (ed eventuale n° telefonico) presso il quale dovrà essere inviata ogni eventuale comunicazione inerente la selezione. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza indicata nella domanda di ammissione. I candidati hanno l'obbligo di comunicare gli eventuali cambiamenti di indirizzo all' Azienda Ospedaliera.

La domanda dovrà essere sottoscritta in originale, pena l'inammissibilità dell'aspirante.

Ai sensi dell'art. 20 della L. 05.02.1992, n° 104, i candidati portatori di *handicap* hanno la facoltà di indicare nella domanda di partecipazione, l'ausilio necessario in relazione al proprio *handicap*, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per l'espletamento della prova.

L'amministrazione declina, sin d'ora, ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del candidato o da mancata, oppure tardiva, comunicazione del cambio di indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

#### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Sono autocertificabili i titoli di studio, di servizio e l'iscrizione all'ordine dei medici chirurghi purché contengano tutti gli elementi necessari per la valutazione.

I titoli (non autocertificabili: es. corsi, congressi, conferenze..) possono essere prodotti in originale, ovvero allegati in fotocopia alla dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art 47 del D.P.R. n° 445/2000 nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente. Con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà è peraltro possibile comprovare la conformità all'originale delle fotocopie di tali documenti (ai sensi degli artt. 19 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445). Qualora non fossero allegate le fotocopie di cui sopra non sarà possibile la valutazione.

Le dichiarazioni sostitutive rese dai candidati ai sensi degli artt. 46 e 47 del

D.P.R. 445/2000 dovranno contenere tutti gli elementi necessari ai fini della valutazione; dichiarazioni carenti in tutto o in parte di tali elementi potranno determinare l'esclusione dalla valutazione.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è presentata unitamente ad una copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

E' riservata a questa Amministrazione la facoltà di richiedere quelle integrazioni, rettifiche e regolarizzazioni di documenti che saranno legittimamente attuabili e necessarie.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa e presentate in originale o in copia tratta dagli originali pubblicati (dichiarata conforme all'originale dal candidato). Per coloro che si avvarranno

dell'invio tramite posta elettronica certificata le pubblicazioni dovranno essere allegate in formato *.pdf*.

Si precisa che, ai fini della valutazione della specializzazione, è richiesta l'indicazione della normativa in base alla quale è stata conseguita (d. lgs 08.08.1991, n° 257, d. lgs. 17/08/1999 n° 368), la data di conseguimento, la durata in anni accademici, nonché l'indicazione completa dell'università che ha rilasciato il titolo.

Si precisa, inoltre, che, ai fini della valutazione del servizio militare, l'unico documento valido è il foglio matricolare/stato di servizio militare, ai sensi della legge n° 958/86 ovvero idonea autocertificazione contenente tutti gli estremi per una corretta valutazione.

Le omesse o incomplete presentazioni di documenti o dichiarazioni non permetteranno l'assegnazione di alcun punteggio.

#### PROVA DI SELEZIONE

Il colloquio (punti 50) verterà sulla disciplina oggetto della selezione.

La graduatoria sarà formulata da apposito Collegio Tecnico composto da:

Presidente: il Dirigente Medico preposto alla struttura o in caso di carenza del titolare il direttore generale nomina un sostituto nell'ambito dell'area alla quale appartiene la struttura il cui posto si intende ricoprire (D.P.R. 483/1997);

Componenti: due dirigenti medici appartenenti al profilo e alla disciplina oggetto della selezione designati dal Direttore del Dipartimento;

Segretario verbalizzante: un funzionario amministrativo dell'Azienda Ospedaliera

La graduatoria sarà formulata sulla base dell'esito del colloquio e dei titoli prodotti da valutarsi secondo i criteri previsti dal D.P.R. 483/97.

L'incarico attribuito sarà conferito al vincitore della selezione per un periodo di mesi dodici.

#### DIARIO D'ESAME

Il colloquio avrà luogo il giorno MARTEDÌ 15 GENNAIO 2013 ALLE ORE 9.00 presso l'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" - Aula didattica - Piano terra - Via S. Caterina da Siena n° 30 - Alessandria.

La pubblicazione del diario di esame sul presente avviso assolve, a tutti gli effetti, il valore di notifica.

I candidati che non si presenteranno all'ora e nel giorno sopra indicati saranno considerati rinunciari alla selezione.

Ogni eventuale altra comunicazione inerente la presente procedura sarà divulgata mediante avviso sul sito web aziendale [www.ospedale.al.it](http://www.ospedale.al.it) sezione "Lavora con noi" - "albo *on line*" - "concorsi, avvisi, incarichi".

Si invitano, pertanto, i candidati a consultare periodicamente il sito *internet* sopra-indicato che ha valore ufficiale di notifica.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla S.C. Gestione e Sviluppo del Personale - Via S. Caterina n° 30, Alessandria - Tel. 0131/206728 - 206764.

Il Direttore  
S.C. Gestione e Sviluppo del Personale  
Patrizia Nebiolo

ALL. A (Schema esemplificativo della domanda)

Al DIRETTORE GENERALE

Azienda Ospedaliera Nazionale

“SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo”

Via Venezia, 16

15121 ALESSANDRIA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_,

rivolge istanza di partecipazione all’avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarico a n° 1 posto di Dirigente Medico di CARDIOCHIRURGIA (Cod. n. 23/2012).

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n° 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, dichiara sotto la propria responsabilità:

➤ di essere nato/a a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;

➤ di risiedere a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ ;

➤ di essere cittadino/a italiano/a (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana \_\_\_\_\_);

➤ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime);

➤ di aver/non aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_ (da indicarsi anche se sia stato concesso indulto, amnistia, condono - ovvero gli eventuali carichi pendenti);

➤ di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_;

➤ di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita presso l’Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ ai sensi del \_\_\_\_\_;

➤ di essere iscritto all’albo dell’ordine dei Medici Chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_;

➤ di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari \_\_\_\_\_;

➤ di aver/ non aver prestato i seguenti servizi presso le P.A.

\_\_\_\_\_ (e le eventuali cause di cessazione);

➤ di aver diritto alla precedenza o alla preferenza, a parità di merito, ai sensi dell’art. 5 del D.P.R. 487/1994 in quanto appartenente alla seguente categoria \_\_\_\_\_ (omettere tale dichiarazione in caso di non appartenenza ad alcuna categoria di cui all’art. 5 del D.P.R. 487/1994);

➤ che il domicilio presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative all’avviso è: (cognome, nome, indirizzo, città, telefono).

Si allega copia non autenticata del proprio documento di identità, in corso di validità.

*Il/la sottoscritto/a rilascia il consenso affinché l’Azienda Ospedaliera “SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo” di Alessandria tratti i propri dati personali nei limiti strettamente necessari all’espletamento della presente procedura concorsuale e nel rispetto della vigente normativa in materia di privacy ai sensi del d.lgs. 196/2003.*

Data \_\_\_\_\_

Firma (per esteso)

\_\_\_\_\_

ALL. B (Schema esemplificativo di dichiarazione)

*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA' (Artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445).*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali che, a norma dell'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, l'art. 483 del Codice Penale prevede in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, dichiara sotto la sua personale responsabilità:

- di avere conseguito i seguenti titoli di studio (1): \_\_\_\_\_
- di essere iscritto/a nei seguenti elenchi/albi: \_\_\_\_\_
- che le copie delle seguenti pubblicazioni e/o altri titoli, allegati, nell'ordine, alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali: \_\_\_\_\_
- di aver partecipato a n° \_\_\_\_\_ corsi (2) che si allegano in fotocopia e che sono conformi all'originale;
- di avere prestato servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni (3): \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali che, a norma dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, l'art. 483 del Codice Penale prevede in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti.

LUOGO E DATA

IL DICHIARANTE

(Al fine di accelerare il procedimento, gli interessati sono invitati ad allegare alla presente dichiarazione una fotocopia semplice di certificati e dei titoli oggetto della stessa nonché una copia non autenticata del proprio documento di riconoscimento in corso di validità).

NOTE PER LA COMPILAZIONE:

1) Qualora l'interessato dichiari di avere conseguito titolo di studio, qualifiche, specializzazioni, abilitazioni, dovrà dichiarare anche data,

luogo, istituto di conseguimento, la durata in anni accademici;

2) Qualora l'interessato dichiari la partecipazione a corsi, convegni, congressi o seminari, dovrà comunque allegare le fotocopie degli

attestati in cui siano indicati l'oggetto degli stessi, la Società o Ente organizzatore, le date in cui si sono svolti, la durata, se il dichiarante vi ha partecipato in qualità di uditore o relatore e se era previsto un esame finale.

3) Qualora l'interessato dichiari di aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni, presso case di cura convenzionate o accreditate o presso privati, dovrà indicare: la qualifica rivestita, il periodo in cui ha prestato servizio (indicare la data di inizio e fine servizio), le eventuali interruzioni (aspettative, congedi, ecc.) con indicazione dei periodi, la tipologia di rapporto di lavoro (libero-professionale, convenzionato o dipendente; in quest'ultimo caso indicare se si tratta di rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, a tempo pieno o a part-time). Qualora il servizio sia prestato presso aziende o enti del servizio sanitario nazionale, indicare se ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n° 761/79, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, deve essere precisata la misura della riduzione del punteggio.

4) Qualora l'interessato dichiari lo svolgimento di attività di docenza, dovrà indicare: il titolo del corso, la società o ente organizzatore, le date in cui è stata svolta l'attività di docenza, il n° di ore di docenza svolte.