Azienda Ospedaliero-Universitaria Citta' della Salute e della Scienza di Torino
Emissione avviso epr il conferimento di n. 1 borsa di studio annuale per attività di Farmacista presso la S.C. Farmacia del P.O. Molinette

In esecuzione della deliberazione n. 103/2017 del 27 Gennaio 2017 è emesso avviso per il conferimento di n. 1 borsa di studio annuale, con utilizzo di fondi aziendali, per attività presso la S.C. Farmacia - Presidio Molinette - come segue:

Titolo Attività:	Posecuzione progetto “Farmacista di Dipartimento”
Respons. Attività:	Dott.ssa Maria Rachele CHIAPPETTA
Durata:	Mesi 12
Importo:	€ 26.000,00= totale lordo.
Requisiti:	➢ Laurea in Farmacia o Chimica e Tecnologie Farmaceutiche; ➢ Iscrizione all’Ordine Professionale dei Farmacisti; ➢ Esperienza documentata nelle attività di assessment economico su farmaci innovativi, valutazione appropriatezza prescrittiva su farmaci ad alto costo; ➢ Conoscenza della lingua inglese e banche dati di interesse scientifico.

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 Febbraio 2017*** 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 del Decreto Legislativo 30.6.2003 n. 196, e della Legge 07.08.2012 n. 134 finalizzati 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 e la sede del colloquio saranno comunicate ai candidati, con preavviso di almeno 10 giorni, al recapito indicato nella domanda. 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 ratei 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 DI S.C.
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE/FORMAZIONE
(Antonella ESPOSITO)

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA
Città della Salute e della Scienza di Torino

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

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 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, lì _____

_____

(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.U.O. San Giovanni Battista di Torino - C.so Bramante, 88 – 10126 Torino).

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

DOCUMENTO PRESENTATO	NUM. DOCUMENTO
❑ Carta d'identità / ❑ Patente / ❑Altro (specificare: _____)	

DATA _____.

_____

IL FUNZIONARIO INCARICATO
(COGNOME/NOME/QUALIFICA)

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA
Città della Salute e della Scienza di Torino

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.
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 San Giovanni Battista di Torino - Corso Bramante, 88 - 10126 TORINO); per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio Segnalazioni c/o S.C. Relazioni con il Pubblico dell'Azienda.

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

DOCUMENTO PRESENTATO	NUM. DOCUMENTO
❑ Carta d'identità / ❑ Patente / ❑Altro (specificare: _____	

DATA _____.

_____
IL FUNZIONARIO INCARICATO
(COGNOME/NOME/QUALIFICA)

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA
Città della Salute e della Scienza di Torino

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 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, 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.
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 San Giovanni Battista di Torino - Corso Bramante, 88 - 10126 TORINO); per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio Segnalazioni c/o S.C. Relazioni con il Pubblico dell'Azienda.

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

DOCUMENTO PRESENTATO	NUM. DOCUMENTO
❑ Carta d'identità / ❑ Patente / ❑Altro (specificare: _____	

DATA _____.

_____
IL FUNZIONARIO INCARICATO
(COGNOME/NOME/QUALIFICA)