

Azienda Ospedaliero-Universitaria Citta' della Salute e della Scienza di Torino

Avviso per il conferimento di n. 1 borsa di studio annuale nell'ambito del Progetto "Mamma àncora e Mamma ancóra per il sostegno psicologico di donne vittime di violenza sessuale ed intime partner", per attività da svolgersi presso il Centro Soccorso Violenza Sessuale (SVS) del Presidio Ospedaliero Sant'Anna e il Centro Demetra del Presidio Ospedaliero Molinette.

In esecuzione della deliberazione n. 440 del 27/03/2025 è emesso avviso per il conferimento di n. 1 borsa di studio annuale nell'ambito del Progetto "Legge 7/2008 Prevenzione e divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", per attività da svolgersi presso il Centro Soccorso Violenza Sessuale (SVS) del Presidio Ospedaliero Sant'Anna e il Centro Demetra del Presidio Ospedaliero Molinette, come segue:

Titolo Attività: Progetto Mamma àncora e Mamma ancóra" per il sostegno psicologico di donne vittime di violenza sessuale ed intime partner violence (I.P.V.) con progettazione di formazione nelle scuole sul tema della violenza di genere, ivi comprese le mutilazioni genitali femminili.

Respons. Attività: Dott. ssa Paola CASTAGNA

Durata: Mesi 12

Importo complessivo: € 11.756,00= lordo comprensivo di IRAP

Requisiti:

- Laurea Magistrale in Psicologia in ambito psicologico clinico (classe di Laurea LM/51);
- Esperienza consolidata in un centro sanitario per la presa in carico di donne vittime di violenza sessuale, IPV, maltrattamenti e mutilazioni genitali femminili;
- Partecipazione a:
corsi di formazione e aggiornamento in ambito

specifico come docenti e discenti,
progetti di sensibilizzazione nelle scuole sul tema
del rispetto, del consenso nelle relazioni e del
contrasto alla violenza di genere;

➤ Conoscenza di:

protocolli specifici per l'accoglienza psicologica e
sanitaria di donne che hanno subito violenza
sessuale, IPV e mutilazioni genitali femminili,
una lingua straniera,
principali applicativi di Microsoft e Windows;

➤ Costituirà titolo preferenziale la Specializzazione
con abilitazione alla Psicoterapia.

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 29 Aprile 2025*** indirizzata alla Struttura Complessa Pianificazione, sviluppo e attuazione delle politiche del personale - Settore Gestione Lavoro Atipico - C.so Bramante, 88/90 - Torino - tel. 011/633.4506-5010.

La domanda di partecipazione, corredata di tutta la documentazione richiesta, dovrà pervenire nel termine perentorio specificamente indicato nell'avviso e dovrà essere inviata unicamente **a mezzo posta elettronica agli indirizzi *cpozza@cittadellasalute.to.it* e *ibartucci@cittadellasalute.to.it* o via telefax (011/633.6543)**. 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 (datato e firmato);
- b) curriculum vitae (datato e firmato);
- c) eventuali pubblicazioni;

- d) elenco in carta semplice (datato e firmato) della documentazione presentata;
- e) documento d'identità in corso di validità.

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 e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 finalizzato 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; a tal fine farà fede la data di spedizione della comunicazione.

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 Ospedaliero-Universitaria

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 Commissario
Thomas SCHAEL

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 - ☎ 011-633.6543

Al Direttore S.C.
Pianificazione, sviluppo e attuazione
delle politiche del personale

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

dal titolo: _____

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara quanto segue:

- di non svolgere attività retribuite presso Enti Pubblici o privati
- di svolgere attività retribuita pressoper n. ore settimanli
- 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:

- o _____
- o _____
- o _____
- o _____

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, li _____

(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)

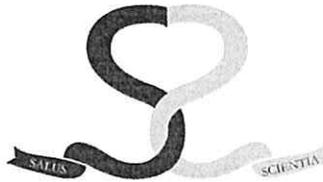
Privacy – informativa art. 13 D.Lgs 196/2003.
Ai sensi del D.Lgs 196/2003 le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa delle borse di studio. È possibile accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003 (accesso, correzioni, cancellazioni, opposizione al trattamento etc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento (A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino - C.so Bramante, 88 - 10126 Torino).

A cura della S.C. Pianificazione, sviluppo e attuazione delle politiche del personale

DOCUMENTO PRESENTATO	NUM. DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> Carta d'identità / <input type="checkbox"/> Patente / <input type="checkbox"/> 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, li _____

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.

Al 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 Città della Salute e della Scienza di Torino - Corso Bramante, 88 - 10126 TORINO); per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio Segnalazioni c/o S.S.D. Ufficio Relazioni col Pubblico dell'Azienda.

A cura della S.C. Pianificazione, sviluppo e attuazione delle politiche del personale

DOCUMENTO PRESENTATO	NUM. DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> Carta d'identità / <input type="checkbox"/> Patente / <input type="checkbox"/> 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, li _____

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 Città della Salute e della Scienza di Torino - Corso Bramante, 88 - 10126 TORINO); per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio Segnalazioni c/o S.S.D. Ufficio Relazioni col Pubblico dell'Azienda.

A cura della S.C. Pianificazione, sviluppo e attuazione delle politiche del personale

DOCUMENTO PRESENTATO	NUM. DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> Carta d'identità / <input type="checkbox"/> Patente / <input type="checkbox"/> Altro (specificare: _____)	

DATA _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO
(COGNOME/NOME/QUALIFICA)