

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

**Emissione avviso per il conferimento di n. 1 borsa di studio annuale nell'ambito del Progetto di ricerca Europeo dal titolo “Joint Action on Networks of Expertise- JANE2”, approvato con Delibera n. 1135 del 13/08/2025, CUP G13C24000480006, CALL EU4H-2023-JA-3-IBA, TOPIC EU4H-2023-JA-3-IBA-08, per attività da svolgersi presso la S.C. Oncoematologia Pediatrica del Presidio Ospedaliero Regina Margherita.**

**Deliberazione n. 580 del 14/04/2026**

Titolo Attività: Attività di supporto per le task connesse al WP11 (Noe on adolescents and young adults- AYA- whit cancer) del Progetto Europeo JANE2

Respons. Attività: Prof.ssa Franca FAGIOLI

Durata: Mesi 12

Importo complessivo: € 28.210,00= lordo comprensivo di IRAP

Requisiti:

- Laurea Triennale o Magistrale in Biologia (L13/LM-6), Biotecnologie (L2/ LM-9), oppure Laurea Magistrale in Farmacia o Chimica e Tecnologie Farmaceutiche (LM13);
- Pregressa esperienza nell’ambito del management della ricerca clinica e nella gestione di progetti di ricerca;
- Ottima conoscenza di:
  - metodologia della ricerca clinica e good clinical practice,
  - lingua inglese parlata e scritta;
- Buona conoscenza del pacchetto office base e della normativa vigente in ambito di ricerca clinica.

Possono partecipare al concorso tutti coloro i quali siano in possesso dei requisiti richiesti.

I requisiti richiesti dovranno essere posseduti alla data di scadenza dell'avviso.

L'attività dovrà essere condotta a termine nel periodo specificato, in relazione al quale verranno corrisposti gli assegni.

Le borse di studio finanziate con fondi per i quali è stabilita una data di scadenza non potranno in ogni caso superare tale data. Alla scadenza del fondo, salvo proroghe, l'Azienda potrà dichiarare la cessazione della borsa con riformulazione degli emolumenti per il periodo di attività effettivamente prestato.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda di ammissione alla selezione, utilizzando gli appositi moduli allegati al presente avviso, ***improrogabilmente entro le ore 12,30 del 15 MAGGIO 2026*** 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***. 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 per l'espletamento della procedura concorsuale, secondo quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 e dal D.lgs. 196/2003.

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 dell'attività 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 Generale

Livio Tranchida

---

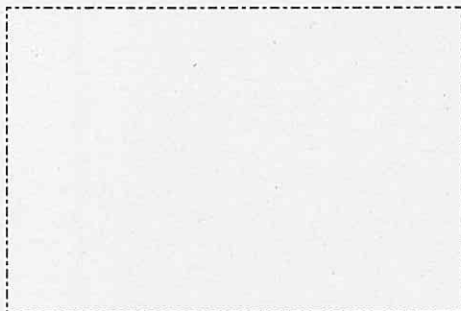
**SEDE LEGALE:** Corso Bramante, 88/90 - 10126 Torino

**Centralino:** tel. +39.011.6331633      **P.I./Cod. Fisc.** 10771180014      [www.cittadellasalute.to.it](http://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 presso .....per 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](http://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.

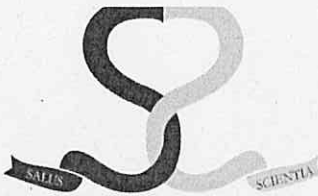
Al sensi del D.Lgs 196/2003 le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa delle iniziative di formazione (contabilità / formazione elenchi / gestione nell'ambito della Banca dati per il Programma Ministeriale e la Commissione Nazionale Educazione Continua in Medicina 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)