



Fasc. n. 40/2012 (05-01-02)

Mantova, 21 SETTEMBRE 2012

AVVISO PUBBLICO

In esecuzione all'atto n. 688 del 11/09/2012 è indetto avviso pubblico **per titoli e colloquio** per assunzione temporanea di

DIRIGENTE MEDICO disciplina di NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| ■ ruolo | : Sanitario |
| ■ profilo professionale | : Dirigente Medico |
| ■ disciplina | : NEUROPSICHIATRIA INFANTILE |

ART. 1 - REQUISITI DI AMMISSIONE

**I seguenti requisiti, sia generali che specifici,
devono essere posseduti alla data di scadenza del presente avviso.
La partecipazione al presente avviso non è soggetta a limiti di età.**

GENERALI

Possono partecipare coloro che possiedono i seguenti requisiti generali:

- **cittadinanza** italiana, salvo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- **idoneità fisica all'impiego**.
 - 1) l'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego, con l'osservanza delle norme in tema di categorie protette, è effettuato a cura dell'Azienda Ospedaliera, prima dell'immissione in servizio;
 - 2) il personale dipendente da pubbliche amministrazioni ed il personale dipendente dagli istituti, ospedali ed enti di cui agli articoli 25 e 26 comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, è dispensato dalla visita medica.

Esclusione – Non possono accedere agli impieghi coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo nonché coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione, ovvero licenziati a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo contratto collettivo. Costituisce altresì causa impeditiva alla costituzione del rapporto di impiego la presenza di condanne penali che darebbero titolo per procedere alla risoluzione del rapporto di impiego stesso.

Si precisa che le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti (c.d. patteggiamento – art. 444 c.p.p.) sono equiparate a pronunce di condanna. L'Azienda si riserva la facoltà di valutare se le sentenze penali riportate, la sottoposizione a misure di sicurezza, ovvero i procedimenti penali in corso risultino ostativi all'assunzione.

SPECIFICI

- **laurea in Medicina e Chirurgia;**
- **iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi**, attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del bando. L'iscrizione al corrispondente Albo professionale in 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;
- **diploma di Specializzazione nella disciplina di NEUROPSICHIATRIA INFANTILE o in altra affine.**



ART. 2 - CONTENUTO E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

1. INDIRIZZO DI INOLTRO:

Le domande, redatte su carta semplice, dovranno essere indirizzate all'**Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" - Strada Lago Paiole n. 10 - 46100 MANTOVA.**

Se consegnate a mano dovranno essere fatte pervenire all'Ufficio Protocollo dell'Ente al medesimo indirizzo.

2. TERMINE DI SCADENZA:

ORE 12:00 DEL 19 OTTOBRE 2012

Detto termine è perentorio e non si terrà conto delle domande, documenti e titoli che perverranno, qualunque ne sia la causa, successivamente a tale scadenza. Per le domande inoltrate a mezzo del servizio postale, la data di spedizione è comprovata dal timbro a data dell'Ufficio Postale accettante. L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa.

3. DICHIARAZIONI:

Nella domanda di ammissione, che si raccomanda di compilare seguendo il modello allegato, gli aspiranti dovranno indicare:

- a) il cognome e il nome, la data, il luogo di nascita e la residenza (con indicazione dell'indirizzo);
- b) il possesso della cittadinanza italiana o di uno dei Stati dell'Unione Europea ovvero il possesso di idoneo titoli di equiparazione;
- c) il comune nelle cui liste elettorali sono iscritti, ovvero i motivi della loro non iscrizione o cancellazione dalle liste medesime;
- d) eventuali condanne penali riportate, o l'assenza delle stesse, per reati che impediscono, ai sensi delle vigenti disposizioni, la costituzione del rapporto di impiego con una Pubblica Amministrazione. Si precisa che le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti (c.d. patteggiamento - art. 444 c.p.p.) sono equiparate a pronunce di condanna. L'Azienda si riserva la facoltà di valutare se le sentenze penali riportate, la sottoposizione a misure di sicurezza, ovvero i procedimenti penali in corso risultino ostativi all'assunzione;
- e) il possesso dei titoli di studio richiesti per l'accesso al posto con l'indicazione degli estremi (data, sede e denominazione completa dell'istituto o degli istituti in cui i titoli stessi sono stati conseguiti);
- f) l'attuale iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi, con indicazione della Provincia. Dovrà essere indicata l'eventuale irrogazione di provvedimenti sospensivi dell'esercizio della professione;
- g) la loro posizione nei riguardi degli obblighi militari;
- h) i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e le cause di cessazione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
- i) eventuali titoli di preferenza a parità di punteggio, dettagliatamente descritti, dei quali il candidato intenda avvalersi (i titoli di preferenza sono elencati al successivo art. 5);
- j) il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione (in caso di mancata indicazione vale ad ogni effetto la residenza di cui alla lett. a).

L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva o errata comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda o per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa.



AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA

La domanda deve essere sottoscritta dal candidato.
Non è richiesta l'autenticazione della firma.

La mancata sottoscrizione comporta l'esclusione dall'avviso.

4. DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

Ai fini della valutazione dei titoli oltre alla domanda è obbligatorio presentare in allegato:

- curriculum compilato nel rispetto del modello allegato e in forma di autocertificazione;
- copia del documento di riconoscimento;
- elenco dei documenti presentati redatto in carta semplice.

N.B. Le pubblicazioni vengono considerate ai fini della valorizzazione dei titoli solo se prodotte in forma integrale, in originale o copia conforme. Devono, altresì, essere edite a stampa e descritte in un apposito elenco da cui risulti il titolo e la data della pubblicazione, la rivista che l'ha pubblicata o la casa editrice e, se fatta in collaborazione, il nome dei collaboratori (vedi fac simile curriculum).

NON NECESSITA ALLEGARE ULTERIORE DOCUMENTAZIONE

Si richiama in questa sede l'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183 recante modifiche alla disciplina dei certificati e delle dichiarazioni sostitutive contenuta nel "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Trattasi di disposizioni dirette a consentire una completa "decertificazione" nei rapporti fra P.A. e privati, con conseguente divieto per le amministrazioni e i gestori di accettare o richiedere certificazioni rilasciate da P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, come da Direttiva n. 14/2011 della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Non si terrà conto dei titoli che non siano chiaramente identificabili, nonché dei titoli che il candidato abbia solo dichiarato di possedere senza produrli in copia corredata da dichiarazione sostitutiva ovvero autocertificati con le modalità sopra esposte.

Non è ammesso integrare le domande con la produzione di documentazione di qualsiasi tipo dopo la scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione. ciò anche per quanto riguarda i titoli che conferiscono diritti di precedenza o di preferenza nell'assunzione, titoli che quindi non verranno tenuti in considerazione agli effetti dell'assunzione stessa se non presentati entro il suddetto termine utile.

Non è consentito il riferimento a documenti presentati a questa amministrazione in altre circostanze.

5. CARATTERISTICHE DELLA DOCUMENTAZIONE:

Per consentire la corretta valutazione della domanda e dell'allegato curriculum, nonché delle dichiarazioni in esso contenute, **si raccomanda** l'utilizzo dei modelli allegati al presente bando, declinando, pertanto, ogni responsabilità per la mancata valutazione di quanto dichiarato con modalità non conformi a detti fac-simile.

Le dichiarazioni rese e sottoscritte nella domanda di ammissione e nel curriculum hanno valore di dichiarazioni sostitutive di certificazione ai sensi degli artt. 43 e 46 del dpr 445/2000 e di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà ai sensi degli artt. 47 e 38 del cit. dpr, a condizione che venga allegata alla domanda fotocopia del documento di identità in corso di validità.



Disposizioni inerenti le autocertificazioni

Si applicano, come predetto le disposizioni in materia di semplificazione della documentazione amministrativa di cui al dpr 445/2000 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183.

Gli aspiranti potranno autocertificare tutti quei titoli la cui presentazione sia ritenuta opportuna agli effetti della valutazione di merito (stati di servizio, specializzazioni, partecipazioni a convegni, tirocini, ecc.).

Per consentire la corretta valutazione dei titoli è assolutamente necessario che l'autocertificazione contenga tutti gli elementi relativi a modalità e tempi dell'attività espletata che verrebbero indicati se il documento fosse rilasciato dall'ente competente, pena il verificarsi di una situazione di falsità o di non veridicità, con le dovute conseguenze di legge o di incompletezza con la conseguenza dell'impossibilità di attribuire una valutazione.

L'irregolarità e/o l'incompletezza delle dichiarazioni sostitutive **non sono sanabili** e le stesse saranno considerate come non presentate.

In particolare per i servizi dovrà essere dichiarato se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del d.p.r. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, dovrà essere precisata la misura della riduzione del punteggio;

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà può riguardare anche il fatto che la copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio o di servizio, siano conformi all'originale.

In luogo delle autentiche delle pubblicazioni e dei titoli, è consentita la produzione di semplici copie corredata dalla dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la conformità all'originale delle copie delle pubblicazioni e dei titoli prodotti.

Per coloro che fanno ricorso ad autocertificazioni si avverte che, ai sensi dell'art. 75 del dpr cit., ferme restando le sanzioni penali previste per dichiarazioni mendaci, per falsità negli atti, qualora dal controllo effettuato dall'amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Per le dichiarazioni di cui sopra potranno essere utilizzati i modelli allegati al presente avviso.

6. MOTIVI DI INACCOGLIBILITA' DELLE DOMANDE

Comportano l'esclusione dall'avviso:

1. la mancanza di sottoscrizione della domanda;
2. la mancanza o incompletezza anche di una sola delle dichiarazioni richieste dall'avviso all'art. 2 pt.3, lettere da a) a g);
3. l'inidoneità delle certificazioni dei requisiti generali e specifici di ammissione all'avviso.

7. RESTITUZIONE DEI DOCUMENTI

Si precisa che l'eventuale documentazione allegata alla domanda non potrà essere restituita se non trascorsi almeno quattro mesi dopo l'adozione dell'atto deliberativo di approvazione della graduatoria relativa alla procedura selettiva in epigrafe.

Trascorso tale termine, la documentazione potrà essere restituita solo in esito a ricezione da parte dell'Azienda di richiesta scritta da parte del concorrente.

I documenti verranno consegnati unicamente al concorrente stesso o a persona da lui delegata per iscritto.



AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA

I documenti, su richiesta scritta del concorrente, potranno essere restituiti anche per vie postali, mediante Raccomandata A.R., con spese di spedizione a carico del concorrente stesso.

Trascorsi sei anni dopo la data di approvazione della delibera di esito, i documenti non potranno più essere reclamati dal concorrente.

ART. 3 – COLLOQUIO E SELEZIONE

Accertato il possesso dei requisiti di ammissione, l'Azienda provvederà a **CONVOCARE i Candidati ammessi al colloquio almeno 5 gg. di calendario prima della data fissata per lo stesso mediante comunicazione all'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA O FAX riportati dal candidato nella domanda di partecipazione e comunque mediante pubblicazione sul portale aziendale WWW.AOPOMA.IT** al link Lavora con noi del menù Professionisti in Azienda, al fine di sostenere la prova d'esame finalizzata ad appurare le conoscenze possedute anche alla luce delle esperienze maturate nella disciplina di Pediatria.

L'eventuale esclusione dall'avviso per i motivi di cui al precedente art. 2, sarà comunicata anteriormente alla data del colloquio esclusivamente ai candidati che abbiano fornito l'indirizzo di posta elettronica.

La Commissione per la valutazione del colloquio ha a disposizione 80 punti.

Il superamento della prova è subordinato al raggiungimento del punteggio minimo di 56/80.

La graduatoria verrà formulata - limitatamente ai soggetti che abbiano conseguito nel colloquio la prevista valutazione di sufficienza - sulla base della valutazione del colloquio e dei titoli e degli elementi tratti dal Curriculum formativo e professionale e debitamente documentati.

La mancata presentazione al colloquio costituisce causa di esclusione dall'avviso.

AUSILI E TEMPI AGGIUNTIVI PER DISABILI E PORTATORI DI HANDICAP

I disabili che intendano avvalersi degli ausili necessari per l'espletamento delle prove in relazione al proprio stato e/o che necessitano di tempi aggiuntivi, ai sensi dell'art. 20 della legge 104/92 e dell'art 16 della legge 68/99, dovranno farne richiesta nella domanda di partecipazione.

In tal caso la domanda stessa dovrà essere corredata da una certificazione rilasciata da apposita struttura sanitaria pubblica che specifichi gli elementi essenziali in ordine ai benefici di cui sopra.

In mancanza di tale certificazione l'Amministrazione procederà ad individuare autonomamente, (sulla base di pareri rilasciati da strutture sanitarie o di criteri di ragionevolezza) la modalità più opportuna a garantire il corretto svolgimento della prova da parte dei candidati disabili.

ART. 4- DETERMINAZIONE PUNTEGGIO

I titoli saranno valutati secondo i criteri dettati dal D.P.R. 10.12.1997 n. 483 e ss. mm. ed ii.

Il punteggio massimo attribuibile sarà pari complessivamente a 100 punti, attribuibili alle seguenti categorie come di seguito indicato:

a)	Colloquio	Punti 80			
b)	Valutazione Titoli	Punti 20	così ripartiti:		
			Titoli di carriera	Punti	10
			Titoli accademici e di studio	Punti	3
			Pubblicazioni e titoli scientifici	Punti	3
			Curriculum formativo e professionale	Punti	4



ART. 5 - FORMULAZIONE GRADUATORIA

La relativa graduatoria di merito sarà formulata secondo l'ordine dei punteggi complessivamente conseguiti dai candidati, con l'osservanza, a parità di punti, delle seguenti preferenze:

TITOLI DI PREFERENZA (art. 5 del DPR 9/5/94 n. 487 ss.mm.):

- A parità di punteggio i titoli di preferenza sono:
 - 1) gli insigniti di medaglia al valor militare;
 - 2) i mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti;
 - 3) i mutilati ed invalidi per fatto di guerra;
 - 4) i mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
 - 5) gli orfani di guerra;
 - 6) gli orfani dei caduti per fatto di guerra;
 - 7) gli orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;
 - 8) i feriti in combattimento;
 - 9) gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerosa;
 - 10) i figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
 - 11) i figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra;
 - 12) i figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
 - 13) i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti di guerra ;
 - 14) i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra ;
 - 15) i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico o privato ;
 - 16) coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti;
 - 17) coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno nell'amministrazione che ha indetto il concorso;
 - 18) i coniugati e i non coniugati con riguardo al numero dei figli a carico;
 - 19) gli invalidi ed i mutilati civili;
 - 20) militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma .

- A parità di punteggio e dei titoli sopra indicati, la preferenza è determinata:
 - a) dal numero dei figli a carico, indipendentemente dal fatto che il candidato sia coniugato o meno;
 - b) dall'aver prestato lodevole servizio nelle amministrazioni pubbliche;
 - c) dalla minore età.

Verranno presi in considerazione solo i titoli di preferenza il cui possesso sia stato già dichiarato e comprovato nella domanda di partecipazione all'avviso.

Art. 6 - ADEMPIMENTI DEI CANDIDATI ASSUMENDI

L'Azienda si riserva di attingere dalla graduatoria nella misura e nei tempi ritenuti a suo insindacabile giudizio coerenti con le proprie esigenze.

I candidati, atingibili dalla graduatoria per l'assunzione decisa dall'Azienda, saranno invitati, ai fini della stipula del contratto individuale di lavoro, a riscontrare per iscritto circa la loro disponibilità ad accettare l'incarico.



AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA

I candidati dovranno riscontrare **entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione aziendale** con uno dei seguenti mezzi:

- e.mail: (reclutamento@aopoma.it)
- nota inviata o consegnata al Protocollo Aziendale (al seguente indirizzo Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" Strada Lago Paiolo n. 10 – 46100 Mantova),
- fax (n. 0376/464926),
- telegramma (stesso indirizzo di cui sopra).

La tardiva o mancata risposta nei termini indicati corrisponde a rinuncia.

Successivamente all'accettazione i candidati dovranno:

- rendersi disponibili, entro 30 gg. dal ricevimento della predetta comunicazione, dell'Azienda ad effettuare gli accertamenti sanitari previsti dalla normativa vigente;
- produrre entro i predetti 30 gg. dal, a pena di decadenza dai diritti conseguenti alla partecipazione all'avviso:
 - documento di riconoscimento in corso di validità
 - codice fiscale
 - n. 2 fotografie formato tessera
 - coordinate bancarie e codice fiscale del coniuge – anche se non a carico – e dei familiari a carico
 - certificato di idoneità all'impiego
 - autocertificazione relativa alla seguente documentazione:
 - Diploma di Laurea, Specializzazione e certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi;
 - Certificazione relativa al godimento dei diritti politici,
 - Certificazione generale del casellario giudiziale.
- prendere servizio entro e non oltre il termine di 30 gg. decorrenti dalla ricezione della predetta comunicazione dell'Azienda, salvo diversa valutazione aziendale.
- attivarsi, qualora abbiano in corso altri rapporti di lavoro, per la regolarizzazione della loro posizione presso l'Azienda/Ente di provenienza e la conseguente effettiva presa di servizio presso l'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova, entro il predetto termine.

Un eventuale diverso termine entro il quale prendere servizio dovrà essere oggetto di determinazione da parte di questa Azienda.

L'Azienda Ospedaliera, verificata la sussistenza dei requisiti, procede alla stipula del contratto individuale a tempo determinato, nel quale sarà indicata la data di presa di servizio. Gli effetti economici decorrono dalla data di effettiva presa di servizio.

Scaduto inutilmente il termine assegnato per la presentazione della documentazione, l'Azienda comunica di non dar luogo alla stipulazione del contratto.

Si precisa che agli assunti in forza del presente avviso verrà riconosciuto il trattamento economico fondamentale previsto dai CCNL vigenti nel tempo.

Ai sensi dell'art. 16 CCNL 5/12/96 si fa presente che al Dirigente assunto verrà conferito un incarico dirigenziale di natura professionale ex art. 27 lett. d) CCNL 8/6/00, con conseguente riconoscimento della retribuzione di posizione minima unificata riservata ai Dirigenti con meno di 5 anni.

Per quanto riguarda il trattamento accessorio si precisa che l'eventuale retribuzione di posizione - parte variabile aziendale – eccedente il minimo contrattuale, viene riconosciuta sulla base della graduazione delle funzioni vigenti nel tempo in Azienda.

Verranno riconosciute altresì altre competenze previste dal CCNL vigente (es. risultato, indennità accessorie, etc.) in presenza dei relativi presupposti e in conformità alla disciplina aziendale.



AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA

Il Dirigente assunto sarà sottoposto ad un periodo di prova fissato in:

- > 2 settimane per i contratti di durata non superiore a 6 mesi;
- > 4 settimane per i contratti di durata superiore a 6 mesi.

La durata del rapporto di lavoro a tempo determinato, secondo il termine indicato nel contratto individuale, è suscettibile di essere prorogata, ad insindacabile giudizio dell'Azienda, nel rispetto della disciplina dettata dal d.lgs. 368/01 e comunque della normativa vigente nel tempo.

L'assunzione sarà in ogni caso subordinata al rispetto delle compatibilità e dei vincoli finanziari, nonché alle necessità organizzative e gestionali esistenti al momento in cui viene disposta.

In caso di **dimissioni volontarie**, i termini di preavviso sono pari a 30 giorni di calendario. In caso di inosservanza dei predetti termini, l'Azienda ha diritto di trattenere su quanto dalla stessa eventualmente dovuto al dipendente un importo corrispondente alla retribuzione per il periodo di preavviso da questi non dato.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di:

- disporre la proroga dei termini del bando, la loro sospensione o modifica, nonché la revoca o l'annullamento del bando stesso;
- sospendere o revocare il procedimento di assunzione anche dopo l'espletamento delle prove e l'approvazione della graduatoria di merito.

La partecipazione al presente avviso implica l'accettazione di tutte le clausole ivi previste.

Per quanto non previsto esplicitamente nel presente bando viene fatto espresso riferimento alle norme di cui al D.P.R. 10.12.1997 n. 483 ed al CCNL per l'area della dirigenza medica e veterinaria vigenti nel tempo.

Per ulteriori informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi all'AZIENDA OSPEDALIERA "CARLO POMA" presso la STRUTTURA RISORSE UMANE – Settore Procedure Selettive, sita in Strada Lago Paiolo n. 10 a Mantova (☎ 0376/464919-911-030-387) nel rispetto degli orari di apertura al pubblico di seguito indicati:

FASCIA ORARIA MATTUTINA: dal Lunedì al Venerdì dalle ore 11:00 alle ore 13:00
FASCIA ORARIA POMERIDIANA: Lunedì e Mercoledì dalle ore 14:30 alle ore 16:30.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Luca Filippo Maria Stucchi



AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA

SCHEMA DI
DOMANDA DI AMMISSIONE AD AVVISO

(Fac simile da riprodurre su foglio carta semplice con firma non autenticata)

All'AZIENDA OSPEDALIERA
"CARLO POMA"
Strada Lago Paiolo, 10
46100 MANTOVA

DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO PER ASSUNZIONE TEMPORANEA DI DIRIGENTE MEDICO disciplina di NEUROPSICHIATRIA INFANTILE approvato con delibera n. 688 del 11/09/2012.

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di poter essere ammesso al pubblico avviso sopra indicato come da relativo bando di cui dichiara di avere preso visione, accettandone le condizioni.

A tal fine, **consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 come modificato dalla normativa vigente, sotto la propria responsabilità, dichiara:**

a) di essere nato/a a _____ (____), il _____
e di risiedere a _____
indirizzo: _____ n. _____ C.A.P. _____ ;

- b) di essere in possesso di cittadinanza:
- Italiana o equiparata ai sensi di quanto stabilito dalla vigente normativa;
 - di Stato dell'Unione Europea e precisamente: _____
(in tal caso il candidato dovrà dichiarare se in godimento o meno dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza e se ha riportato/non ha riportato condanne penali - con precisazione negli ultimi casi delle motivazioni/riferimenti dei rispettivi provvedimenti)
 - di Stato Estero (non facente parte dell'Unione Europea) e precisamente: _____ ;



AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA

c) Se cittadino italiano:

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (____)

oppure

di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali di un Comune per le seguenti motivazioni _____ ;

d) Se cittadino italiano:

di non avere subito condanne penali

oppure

di aver riportato le seguenti condanne penali (*dichiarare le eventuali condanne penali riportate ed i procedimenti penali in corso. In caso negativo ne va dichiarata espressamente l'assenza. Devono essere indicate anche eventuali sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ai sensi dell'art. 444 c.p.p (c.d. patteggiamento), nonché la sottoposizione a misure di sicurezza. Tali dichiarazioni devono riguardare anche eventuali precedenti penali non riportati nei certificati del casellario giudiziale ad uso dei privati*)

_____ ;

e) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data _____

presso _____ e di

Specializzazione in _____ conseguita in data _____

presso _____

ai sensi del D.Lgs. _____ e della durata legale di anni _____ ;

f) di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di _____ con

iscrizione al nr. _____ con decorrenza dal _____

proveniente dall'Ordine della Provincia di _____ con iscrizione avvenuta in data _____

senza provvedimenti disciplinari a carico

con provvedimenti disciplinari a carico per le seguenti motivazioni: _____ ;

g) di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi militari _____ ;



AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA

h) di aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche Amministrazioni:

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____
(indicare se trattasi di Struttura Pubblica/IRCCS o Struttura Privata in regime di convenzione/accreditamento)

con sede in _____

in qualità di _____

a tempo determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno a tempo parziale (n. ore sett.____)

a tempo indeterminato con rapporto di lavoro a tempo pieno a tempo parziale (n. ore sett.____)

Motivo della cessazione: _____ ;

Interruzioni del servizio dal _____ al _____ per il seguente motivo _____ ;

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____
(indicare se trattasi di Struttura Pubblica/IRCCS o Struttura Privata in regime di convenzione/accreditamento)

con sede in _____

in qualità di _____

a tempo determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno a tempo parziale (n. ore sett.____)

a tempo indeterminato con rapporto di lavoro a tempo pieno a tempo parziale (n. ore sett.____)

Motivo della cessazione: _____ ;

Interruzioni del servizio dal _____ al _____ per il seguente motivo _____ ;

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____
(indicare se trattasi di Struttura Pubblica/IRCCS o Struttura Privata in regime di convenzione/accreditamento)

con sede in _____

in qualità di _____

a tempo determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno a tempo parziale (n. ore sett.____)



AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA

a tempo indeterminato con rapporto di lavoro a tempo pieno a tempo parziale (n. ore sett.____)

Motivo della cessazione: _____ ;

Interruzioni del servizio dal _____ al _____ per il seguente motivo _____ ;

oppure

di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni;

i) in ordine ai titoli che danno diritto ad usufruire di preferenze in caso di parità di punteggio (indicati nell'avviso)

di non esserne in possesso

ovvero

di essere in possesso dei seguenti titoli: _____

j) di avere necessità, in quanto disabile ai sensi della Legge n. 104/92 del seguente ausilio

_____ e

dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi _____

Allego certificazione rilasciata da apposita struttura sanitaria pubblica.

Il/La sottoscritto/a elegge il seguente **domicilio** (**INDIRIZZO DA SCRIVERE IN STAMPATELLO CON INDICAZIONE OBBLIGATORIA DEL RECAPITO TELEFONICO ED E-MAIL, ED EVENTUALE FAX**) al quale deve, ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione al riguardo. In caso di mancata indicazione varrà ad ogni effetto la residenza di cui al pt. a):

DOMICILIO _____

TEL. FISSO _____ CELLULARE _____

E-MAIL _____ FAX _____

Data _____

Firma _____

(allegare copia documento di identità)

Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- 1) Autocertificazioni relative ai titoli che i candidati ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria compresi eventuali titoli che danno diritto ad usufruire di preferenze a parità di punteggio, già indicati nella domanda di partecipazione all'avviso;
- 2) Curriculum formativo e professionale, redatto in forma di autocertificazione, su carta semplice e riportante data e firma;
- 3) Elenco dettagliato della documentazione presentata, redatto in carta semplice;
- 4) Copia del proprio documento personale di identità.



AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA

**SCHEMA DI
CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

(Fac simile da riprodurre su foglio carta semplice con firma non autenticata quale ALLEGATO ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE)

All'AZIENDA OSPEDALIERA
"CARLO POMA"
Strada Lago Paiolo, 10
46100 MANTOVA

CURRICULUM ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO PER ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO DI DIRIGENTE MEDICO disciplina di NEUROPSICHIATRIA INFANTILE approvato con delibera n. 688 del 11/09/2012 .

IO SOTTOSCRITTO/A _____

- consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
- valendomi delle disposizioni di cui al DPR 28.12.2000 n. 445 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183;
- consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA':

DATI ANAGRAFICI:

di essere nato/a a _____ (_____), il _____

di risiedere in _____ (_____)

indirizzo: _____ n. _____ C.A.P. _____

di essere domiciliato in _____ (_____)

indirizzo: _____ n. _____ C.A.P. _____

Stato Civile: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

Eventuale Fax: _____



AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA

ISTRUZIONE E FORMAZIONE:

- di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA
conseguita in data _____ con voto pari a _____
presso _____
con sede in _____

- di essere in possesso di SPECIALIZZAZIONE in _____
conseguita in data _____ con voto pari a _____
presso _____
con sede in _____
ai sensi del D.Lgs. _____ e della durata legale di anni _____ ;

- ALTRI TITOLI DI STUDIO (da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli
elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse
rilasciato dall'ente competente):
TITOLO: _____
conseguita in data _____
presso _____
con sede in _____
ulteriori informazioni: _____



PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:

Elencare le pubblicazioni, allegate al presente curriculum, seguendo lo schema sotto riportato. Si ricorda che le pubblicazioni vengono considerate ai fini della valorizzazione dei titoli solo se prodotte in forma integrale, in originale o copia conforme.

○ TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es. : monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

○ TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es. : monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____



AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA

ESPERIENZA LAVORATIVA:

(Il presente schema dovrà essere ripetuto per ogni esperienza lavorativa intrapresa che il candidato ritenga opportuno indicare)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.)
 Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale
 Struttura Privata

con sede in _____

in qualità di _____

- a tempo determinato con rapporto di lavoro tempo pieno tempo parziale (n. ore sett.____)
 a tempo indeterminato con rapporto di lavoro tempo pieno tempo parziale (n. ore sett.____)

con contratto di tipo:

- dipendente;
 tramite Agenzia di somministrazione lavoro temporaneo (fornirne dati identificativi):

contratto di lavoro autonomo di tipo: _____

con mansioni di _____

Motivo dell'eventuale cessazione: _____

Eventuali interruzioni: NO SI

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____.



AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA

ESPERIENZA LAVORATIVA:

(Il presente schema dovrà essere ripetuto per ogni esperienza lavorativa intrapresa che il candidato ritenga opportuno indicare)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.)
- Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale
- Struttura Privata

con sede in _____

in qualità di _____

- a tempo determinato con rapporto di lavoro tempo pieno tempo parziale (n. ore sett.____)
- a tempo indeterminato con rapporto di lavoro tempo pieno tempo parziale (n. ore sett.____)

con contratto di tipo:

- dipendente;
- tramite Agenzia di somministrazione lavoro temporaneo (fornirne dati identificativi):

contratto di lavoro autonomo di tipo: _____

con mansioni di _____

Motivo dell'eventuale cessazione: _____

Eventuali interruzioni: NO SI

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____.



AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA

PRESENZE A CORSI:

(Il presente schema dovrà essere ripetuto per ogni esperienza di partecipazione a corsi/congressi/eventi che il candidato ritenga opportuno indicare)

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESEZIATO COME: UDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____

con superamento esame finale;

non previsto esame finale

ovvero

NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESEZIATO COME: UDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____

con superamento esame finale;

non previsto esame finale

ovvero

NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____



AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA

DOCENZE:

(Il presente schema dovrà essere ripetuto per ogni esperienza di docenza intrapresa che il candidato ritenga opportuno indicare)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____ (indicare natura giuridica dell'Istituto)

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore rispetto nell'anno scolastico/accademico): _____

tipologia contrattuale: _____

ALTRE ESPERIENZE, ATTINENTI ALLA FUNZIONE DA RICOPRIRE, CHE IL CANDIDATO RITENGA OPPORTUNO AUTOCERTIFICARE:

_____, li _____

Il Dichiarante

(allegare copia del documento di riconoscimento)



**AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Io Sottoscritto/a _____ nato/a
_____ il _____ residente a _____
in Via _____ n.

- valendomi della disposizione di cui agli artt. 19 (*"la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà può riguardare anche il fatto che la copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio o di servizio sono conformi all'originale"*) e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183;
- data lettura alle precisazioni riportate a retro del presente modulo e consapevole che l'Amministrazione che riceve la presente potrà effettuare controlli sulla veridicità del contenuto di quanto dichiarato,

D I C H I A R O

che le fotocopie allegate alla domanda di partecipazione all'avviso _____

sono conformi all'originale. Di seguito si elencano le copie dei documenti che vengono prodotte:

Il Dichiarante

_____, lì _____



AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA

Ai sensi degli artt. 38 comma 2 e n. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 la presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione della firma se sottoscritta dall'interessato in presenza dell'incaricato che riceve il documento od inviata corredata di fotocopia di documento di identità.

Si richiama l'attenzione sulle conseguenze previste dalla legge per falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Art. 75-76 D.P.R. 445 del 28.12.2000:

"Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"

"Qualora dai controlli effettuati dalla Pubblica Amministrazione dovesse emergere la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade immediatamente dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera".

Informativa ai sensi del d.lgs. 196/03 (Tutela della privacy): I dati personali indicati nel presente atto saranno trattati nell'ambito della procedura selettiva cui la dichiarazione di cui sopra si riferisce.

Si richiama altresì l'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183 recante modifiche alla disciplina dei certificati e delle dichiarazioni sostitutive contenuta nel "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Trattasi di disposizioni dirette a consentire una completa "decertificazione" nei rapporti fra P.A. e privati, con conseguente divieto per le amministrazioni e i gestori di accettare o richiedere certificazioni rilasciate da P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, come da Direttiva n. 14/2011 della Presidenza del Consiglio dei Ministri.



**AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Autocertificazione)

(artt. 46 e 48 D.P.R. 445/2000 e art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183)

Io Sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____ residente a _____ in Via
_____ n. _____

- data lettura alle precisazioni riportate a retro del presente modulo e consapevole che
l'Amministrazione che riceve la presente potrà effettuare controlli sulla veridicità del contenuto di
quanto dichiarato,

DICHIARA QUANTO SEGUE

(Vedere sul retro stati, fatti e qualità personali che possono essere autocertificati)

Il Dichiarante

_____, lì _____



AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA

Si richiama l'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183 recante modifiche alla disciplina dei certificati e delle dichiarazioni sostitutive contenuta nel "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Trattasi di disposizioni dirette a consentire una completa "decertificazione" nei rapporti fra P.A. e privati, con conseguente divieto per le amministrazioni e i gestori di accettare o richiedere certificazioni rilasciate da P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, come da Direttiva n. 14/2011 della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Ai sensi degli artt. 46 e 48 del D.P.R. 445/2000, a corredo di un'istanza scritta rivolta alla Pubblica Amministrazione e finalizzata all'ottenimento di un provvedimento amministrativo, possono essere comprovati dall'interessato, a titolo definitivo, con dichiarazioni sostitutive delle normali certificazioni i seguenti stati, fatti e qualità personali:

(n.b. le dichiarazioni sostitutive hanno la stessa validità temporale degli atti che sostituiscono):

- > DATA E LUOGO DI NASCITA;
- > RESIDENZA;
- > CITTADINANZA;
- > GODIMENTO DEI DIRITTI POLITICI;
- > STATO DI CELIBE, CONIUGATO O VEDOVO;
- > STATO DI FAMIGLIA;
- > ESISTENZA IN VITA;
- > NASCITA DEL FIGLIO;
- > DECESSO DEL CONIUGE, DELL'ASCENDENTE O DISCENDENTE;
- > ISCRIZIONE IN ALBI O ELENCHI TENUTI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE;
- > TITOLO DI STUDIO O QUALIFICA PROFESSIONALE POSSEDUTA; ESAMI SOSTENUTI; TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE, DI ABILITAZIONE, DI FORMAZIONE, DI AGGIORNAMENTO E DI QUALIFICAZIONE TECNICA;
- > SITUAZIONE REDDITUALE O ECONOMICA, ANCHE AI FINI DELLA CONCESSIONE DI BENEFICI E VANTAGGI DI QUALSIASI TIPO PREVISTI DA LEGGI SPECIALI: ASSOLVIMENTO DI SPECIFICI OBBLIGHI CONTRIBUTIVI CON L'INDICAZIONE DELL'AMMONTARE CORRISPOSTO; POSSESSO E NUMERO DEL CODICE FISCALE, DELLA PARTITA IVA E DI QUALSIASI DATO PRESENTE NELL'ARCHIVIO DELL'ANAGRAFE TRIBUTARIA E INERENTE L'INTERESSATO;
- > STATO DI DISOCCUPAZIONE: QUALITA' DI PENSIONATO E CATEGORIA DI PENSIONE; QUALITA' DI STUDENTE O DI CASALINGA;
- > QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DI PERSONE FISICHE O GIURIDICHE, DI TUTORE, DI CURATORE E SIMILI;
- > ISCRIZIONE PRESSO ASSOCIAZIONI O FORMAZIONI SOCIALI DI QUALSIASI TIPO;
- > TUTTE LE POSIZIONI RELATIVE ALL'ADEMPIMENTO DEGLI OBBLIGHI MILITARI, COMPRESSE QUELLE DI CUI ALL'ART. 77 DEL DPR 14.2.1964 N. 237, COME MODIFICATO DALL'ART. 22 DELLA LEGGE 24.12.1986 N. 958;
- > NON AVERE RIPORTATO CONDANNE PENALI;
- > QUALITA' DI VIVENZA A CARICO;
- > TUTTI I DATI A DIRETTA CONOSCENZA DELL'INTERESSATO CONTENUTI NEI REGISTRI DELLO STATO CIVILE.

Ai sensi degli artt. 38 comma 2 e n. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 la presente dichiarazione non è soggetta ad autenticità della firma se sottoscritta dall'interessato in presenza dell'incaricato che riceve il documento od inviata corredata di fotocopia di documento di identità.

Si richiama l'attenzione sulle conseguenze previste dalla legge per falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Art. 75-76 D.P.R. 445 del 28.12.2000:

"Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"

"Qualora dai controlli effettuati dalla Pubblica Amministrazione dovesse emergere la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade immediatamente dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera".

Informativa ai sensi del d.lgs. 196/03 (Tutela della privacy): I dati personali indicati nel presente atto saranno trattati nell'ambito della procedura selettiva cui la dichiarazione di cui sopra si riferisce.