

REGIONE LOMBARDIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI PAVIA
Viale Indipendenza n. 3 - Tel. 0382/4311

AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA

PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO LIBERO PROFESSIONALE, MEDIANTE PUBBLICA SELEZIONE PER TITOLI E COLLOQUIO, A PERSONALE MEDICO PER ATTIVITA' DI MEDICO COMPETENTE PRESSO L'ASL DELLA PROVINCIA DI PAVIA.

Con deliberazione n. 325/DGi del 25 ottobre 2012, è stata disposta l'indizione di avviso pubblico per il conferimento, a personale medico, di **n. 1 incarico libero professionale**, per titoli e prova d'esame (colloquio), per attività di Medico Competente presso l'Asl della Provincia di Pavia per la durata di anni 3.

Gli aspiranti devono essere in possesso, oltre al **Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia e l'iscrizione al relativo Albo Professionale**, di uno dei seguenti titoli o requisiti:

- ❑ **Specializzazione in medicina del lavoro o medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;**
- ❑ **Docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;**
- ❑ **Autorizzazione di cui all'art. 55 del D.Lgs. 15 agosto 1991, n. 277;**
- ❑ **Specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale, oltre a quanto previsto dal 2° periodo del comma 2 dell'art. 38 D.Lgs. n. 81/2008 (titoli e requisiti del medico competente).**

L'incarico prevede un impegno orario di 300 ore annue, salvo eventuali ulteriori necessità, con un compenso orario pari ad €. 50,00.

La Commissione dispone complessivamente di **60** punti così ripartiti:

PUNTI PER IL COLLOQUIO DI SELEZIONE 35

PUNTI PER TITOLI 25

I punti di valutazione dei titoli sono ripartiti con il seguente rapporto:

- titoli professionali per precedenti esperienze nell'ambito previsto dal presente avviso: **punti 15**
- curriculum formativo: **punti 10**

La domanda in carta libera, indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Pavia, U.O.C. Risorse Umane - V.le Indipendenza n. 3 - 27100 Pavia, dovrà essere presentata personalmente o a mezzo raccomandata A/R, avvalendosi del modello allegato al presente avviso, **ENTRO il termine perentorio del 16 novembre 2012 entro le ore 12 (non farà fede il timbro con data ed ora dell'Ufficio Postale accettante).**

Gli interessati, nella domanda, che dovrà essere **necessariamente autocertificata ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000** nonché corredata da fotocopia della carta d'identità, dovranno espressamente dichiarare, sotto la propria personale responsabilità:

- a) la data, il luogo di nascita, la residenza e recapito telefonico;

- b) il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- c) il comune di iscrizione nelle liste elettorali;
- d) le eventuali condanne penali riportate;
- e) il possesso del titolo di studio richiesto dal bando;
- f) l'iscrizione all'albo professionale;
- g) il domicilio presso il quale deve ad ogni effetto essergli fatta ogni necessaria comunicazione.

Non possono partecipare al presente avviso coloro che siano stati dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione, per avere conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

Alla domanda di partecipazione i concorrenti dovranno allegare un curriculum formativo, professionale, datato, firmato e **autocertificato ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000**, nel quale andranno evidenziati i titoli di studio, i titoli conseguiti, gli incarichi ricoperti, ogni altra attività scientifica e didattica eventualmente esercitata, nonché le attività professionali (in ambito identico a quello del presente avviso) e tutti gli altri titoli che i concorrenti ritengano opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito.

Alla domanda deve essere unito in triplice copia in carta semplice, un elenco dei documenti (domanda di partecipazione, curriculum, carta d'identità ed eventuali copie di attestati autocertificate come copie conformi agli originali.)

La presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, nel rispetto del D.L.vo n. 196 del 30.06.2003.

I dati verranno trattati nel rispetto di quanto disposto dal D.Lgs. n. 196/2003, ai fini esclusivi della presente procedura. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'ASL della Provincia di Pavia, nella persona del Legale Rappresentante, Direttore Generale dr. Alessandro Mauri.

Si precisa che il presente bando è disponibile sul sito internet aziendale: www.asl.pavia.it (link: concorsi e avvisi).

L'Amministrazione, si riserva la facoltà, in ogni momento, di prorogare, sospendere, modificare o revocare il presente avviso a suo insindacabile giudizio, senza che gli aspiranti possano avanzare pretese o diritti di sorta.

IL DIRETTORE GENERALE
(dr. Alessandro MAURI)



Pavia, li 3 OTT. 2012

1/4.14 / 82280

Al Direttore Generale
A.S.L. della Provincia di Pavia
viale Indipendenza, 3
27100 PAVIA

Il/La sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

C H I E D E

di essere ammess_ all'avviso mediante selezione pubblica, per titoli e prova d'esame (colloquio), per il conferimento di:
1 incarico libero professionale a personale medico per attività di Medico Competente presso la ASL della Provincia di Pavia.

A tal fine, ai sensi degli art.46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del citato DPR nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, **dichiara** sotto la propria responsabilità:

- di essere nat_ a _____ il _____
- di essere residente a _____ (C.A.P. _____)
in via _____ n. _____ tel. abit. _____ cell. _____
- di essere cittadin_ _____ (specificare se italiano o di altro Stato)
- di essere iscritt_ nelle liste elettorali del comune di _____
- di non aver subito condanne penali;
oppure
- di aver riportato le seguenti condanne penali: _____
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
 - Titolo di studio _____
conseguito presso: _____ il _____
 - Specializzazione _____
conseguita presso: _____ il _____
- di essere iscritt_ all'Albo Professionale _____
dal _____ a tutt'oggi - n° di iscrizione _____
- di non essere stat_ destituit_ o dispensat_ dall'impiego presso la Pubblica Amministrazione;
- di eleggere il seguente **domicilio** presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni eventuale comunicazione, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonerando l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Pavia da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità:
presso _____
via _____ n. _____
c.a.p. _____ città _____ prov. _____
- di manifestare il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data _____

FIRMA _____

SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

Si allega fotocopia fronte - retro documento di identità n. rilasciato il
da

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art.47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritt _____
nat a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di
formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,

D I C H I A R A

- che le copie dei documenti sotto elencati, presentati con la domanda di partecipazione all'avviso di selezione pubblica, bandito dalla ASL della Provincia di Pavia, per il conferimento di:

1 incarico libero professionale a personale medico per attività di Medico Competente presso la ASL della Provincia di Pavia.

sono conformi agli originali:

- altre dichiarazioni:

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

Si allega fotocopia fronte - retro documento di identità n. rilasciato il
da