

## **AVVISO PUBBLICO**

Si porta a conoscenza che quest'ASL, in esecuzione del decreto del Direttore Generale n. 131 del 20.2.2013, intende formulare una graduatoria per assunzioni a tempo determinato nella posizione e disciplina di:

### **Medico Dirigente – Area Medica e delle specialità mediche** **Disciplina: Pediatria**

#### Requisiti d'ammissione:

- a) cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti o cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE;
- b) laurea in medicina e chirurgia;
- c) diploma di specializzazione nella disciplina, in disciplina equipollente o affine (ovvero essere in servizio di ruolo nella medesima disciplina presso altra Azienda Sanitaria del comparto);
- d) iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici.

Alla posizione oggetto del presente avviso è attribuito il trattamento economico e giuridico previsto dai CCNL della Dirigenza Medica e Veterinaria stipulati in data 17.10.2008 e 6.5.2010.

Le domande di ammissione, redatte su carta semplice, dovranno pervenire **all'Ufficio Protocollo dell'ASL di Vallecamonica-Sebino via Nissolina, 2 - 25043 Breno (Bs)**, entro e non oltre le ore 12.00 del giorno **22 aprile 2013**.

Per irrinunciabili ragioni di urgenza non saranno prese in considerazione le domande pervenute successivamente alla predetta data, anche se inoltrate a mezzo del servizio postale.

Nella domanda, datata e firmata, il candidato dovrà riportare, sotto la propria responsabilità, le seguenti dichiarazioni:

1. la data, il luogo di nascita e la residenza;
2. il possesso della cittadinanza italiana od equiparata;
3. il Comune di iscrizione nelle liste elettorali ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
4. le eventuali condanne penali riportate;
5. la posizione nei riguardi degli obblighi militari;
6. i titoli posseduti;
7. i servizi prestati alle dipendenze di pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
8. gli eventuali titoli che danno diritto a precedenza o preferenze nella graduatoria;
9. il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni eventuale comunicazione.

Il candidato dovrà comunque documentare o dichiarare il possesso dei requisiti essenziali di ammissione di cui ai precedenti punti c) e d).

La sottoscrizione della domanda nonché delle eventuali dichiarazioni non è soggetta a autenticazione purché sia allegata fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

La graduatoria sarà formulata da un'apposita Commissione costituita dal Direttore Sanitario aziendale, che la presiede, dal Dirigente Medico del Presidio Ospedaliero, dal Direttore dell'UO Pediatria e Neonatologia e dal competente funzionario dell'Area Gestione delle Risorse Umane con funzioni di Segretario. La graduatoria medesima sarà redatta sulla base di un colloquio di valutazione e dei titoli documentati, o nei termini consentiti dalle norme vigenti in materia di semplificazione amministrativa, debitamente dichiarati (autocertificazione), precisando che non saranno valutati in caso di attestazioni non idonee, inesatte o incomplete. In merito si richiamano le disposizioni sulla semplificazione amministrativa ed in particolare il TU approvato con DPR n.445 del 28.12.2000 e successive modifiche ed integrazioni, nonché la Direttiva n. 14/2011 del Ministro della Pubblica Amministrazione e semplificazione.

Alla domanda potranno essere allegati tutti i documenti che i candidati riterranno comunque opportuno presentare agli effetti della valutazione dei titoli; dovranno comunque allegare un curriculum formativo e professionale datato e firmato ed un elenco in carta semplice, in tre copie, dei documenti allegati. Per i candidati interni o che abbiano già presentato altra domanda non è consentito un generico riferimento ai documenti agli atti, ma dovrà essere fornita una dettagliata elencazione di quelli che si intende far valere. Le pubblicazioni devono essere edite a stampa.

Non saranno ammesse le domande di candidati privi della vista (Legge n.120 del 28.3.1991), in quanto tale condizione comporta inidoneità fisica specifica alle mansioni proprie del profilo professionale per il quale è pubblicato l'avviso.

Ai sensi della Legge 30.6.2003, n.196 i dati personali forniti dal candidato saranno raccolti presso i competenti uffici per le finalità connesse al presente avviso ed all'eventuale instaurazione e gestione del rapporto di lavoro. Con la partecipazione all'avviso il candidato esprime il proprio consenso al trattamento dei dati medesimi.

I candidati possono ritirare i documenti allegati alla domanda di partecipazione entro 120 giorni dalla data di approvazione della graduatoria. Decorso tale termine la documentazione sarà inviata al macero.

Questa Azienda si riserva di modificare e/o revocare in qualsiasi momento il presente avviso. Per informazioni rivolgersi all'Area Gestione delle Risorse Umane - Settore Concorsi - presso l'Ospedale di Esine: telefono 0364 - 369271/369329.

Breno, lì 1.3.2013

Prot. n. 6993

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(F.to Dr.ssa Eva Colombo)

IL DIRETTORE GENERALE  
(F.to Dr. Renato Pedrini)

Al Direttore Generale  
A.S.L. di Vallecamonica-Sebino  
Via Nissolina, 2  
**25043 BRENO (Bs)**

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....  
il.....residente a.....in Via/P.zza.....  
c.a.p..... tel.....

**C H I E D E**

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per la formazione di una graduatoria per l'assunzione a tempo determinato nella qualifica di:

**- Dirigente Medico di Pediatria.**

All'uopo sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R.445/2000, dichiara:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero di avere la cittadinanza in uno degli Stati Membri dell'Unione Europea);
- di essere/non essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di.....  
(nel caso di non iscrizione indicarne il motivo.....);
- di aver/non aver riportato condanne penali (in caso affermativo indicare le condanne penali riportate.....);
- di essere in possesso dei seguenti titoli richiesti dall'avviso quali requisiti di ammissione:.....  
.....;
- di essere iscritto/a all'albo/ordine.....della Provincia di  
.....dal.....al n°.....;
- di aver/non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni (indicare le eventuali cause di risoluzione del rapporto):  
dal.....al.....qualifica.....presso.....  
.....;
- di eleggere il seguente domicilio presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa alla presente domanda:  
Via..... c.a.p.....  
Città.....Provincia.....tel.....

Data,

Firma.....

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 D.P.R. 28.12.2000, n.445)

Io sottoscritto/a.....

nato/a a.....il.....

residente a.....

Via.....nr.....

consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal D.P.R.28.12.2000, nr.445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

## DICHIARO

- di essere in possesso del titolo di studio di:

1.diploma di:.....conseguito il:.....

presso:.....con punteggio:.....

2.diploma di:.....conseguito il:.....

presso:.....con punteggio:.....

- di essere stato abilitato all'esercizio della professione nella.....sessione  
anno.....;

- di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di specializzazione o altro:

1.titolo:.....conseguito il:.....

presso:.....

2. titolo:.....conseguito il:.....

presso:.....

- di essere iscritto/a nell'albo/ordine.....della Provincia  
di.....dal.....al n° .....

....., il.....  
(luogo) (data)

.....  
(il/la dichiarante)

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 D.P.R. 28.12.2000, n.445)

Io sottoscritto/a.....

nato/a a.....il.....

residente a.....

Via.....nr.....

consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal DPR 28.12.2000, n.445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia:

## DICHIARA

■ di aver prestato/di prestare servizio presso:

a) denominazione Ente:.....

(indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato).

qualifica.....

.....tipologia del rapporto .....

(indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).

■ tempo pieno dal.....al.....

■ tempo parziale (n° ore settimanali.....) dal.....al.....

b) denominazione Ente:.....

(indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato).

qualifica.....

.....tipologia del rapporto .....

(indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).

■ tempo pieno dal.....al.....

■ tempo parziale (n° ore settimanali.....) dal.....al.....

c) denominazione Ente:.....

(indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato).

qualifica.....

.....tipologia del rapporto .....

(indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).

■ tempo pieno dal.....al.....

■ tempo parziale (n° ore settimanali.....) dal.....al.....

Dichiaro, inoltre, che per i suddetti servizi a rapporto di lavoro subordinato con il SSN non ricorrono le condizioni di cui all'art.46 del D.P.R.20.12.1979, n.761.

....., il.....

(luogo)

(data)

.....

(il/la dichiarante)

