

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA

In esecuzione della determinazione del Dirigente Responsabile del Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale (SUMAP) Dott.ssa Teresa Mittaridonna **n. 1095 del 18.04.2016** ed in attuazione della Direttiva in materia di contratti di lavoro autonomo approvata con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi n. 6 del 18.01.2010 così come modificata ed integrata con deliberazioni AOSP n. 491 del 03.11.2014 e n. 81 del 04.04.2016, **dal giorno 27.04.2016 al giorno 12.05.2016** è aperto presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna – Policlinico S. Orsola – Malpighi un avviso pubblico per l'individuazione di professionisti ai fini del conferimento di incarico di collaborazione mediante stipulazione di

n. 1 CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO RISERVATO A MEDICI SPECIALISTI IN MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

per lo svolgimento di un progetto denominato:

"Implementazione degli interventi volti a migliorare il percorso riabilitativo nei pazienti con ictus e gravi disabilità neurologiche e a facilitare la continuità ospedale – territorio"

da effettuarsi presso il Dipartimento Medico della Continuità Assistenziale e delle Disabilità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Per tutto quanto non previsto dal presente avviso si fa riferimento alle vigenti normative, alla Direttiva in materia di contratti di lavoro autonomo approvata con la già citata deliberazione del Direttore Generale AOSP n. 6 del 18.01.2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

1 - REQUISITI DI AMMISSIONE

Possono partecipare alla procedura coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- **LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA**
- **SPECIALIZZAZIONE RICOMPRESA NELLA DISCIPLINA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE**
- **ISCRIZIONE ALL'ALBO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI**

Si specifica che, per incarichi di studio e di consulenza, ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 9, del d.l. n. 95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012), **l'ammissione non potrà essere disposta nei confronti di soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza.**

CRITERI DI PREFERENZA:

Comprovata esperienza nella valutazione multidimensionale dei pazienti affetti da ictus e da gravi cerebro lesioni acquisite;

Comprovata competenza ed esperienza nella gestione delle reti integrate regionali per le gravi disabilità neurologiche (rete Ictus, rete Gracer, rete Mielolesi);

Comprovate competenze ed esperienza su programmi educativi nei soggetti con disabilità cronica in particolare nei pazienti con ictus

Si specifica che se per l'espletamento dell'attività oggetto del presente avviso è necessaria l'iscrizione in appositi albi, per il professionista risultato idoneo a ricoprire l'incarico in parola ricorrerà coerentemente l'obbligo di iscrizione allo stesso ed il versamento dei contributi alla correlata cassa previdenziale.

2 – OGGETTO DELL'INCARICO, DURATA E COMPENSO

L'incarico in argomento concerne le attività connesse alla realizzazione del progetto denominato:

"Implementazione degli interventi volti a migliorare il percorso riabilitativo nei pazienti con ictus e gravi disabilità neurologiche e a facilitare la continuità ospedale – territorio".

L'incarico, che avrà una durata di **12 MESI**, decorrerà immediatamente conclusa la procedura di selezione e dovrà essere espletato presso il Dipartimento Medico della Continuità Assistenziale e delle Disabilità, secondo modalità da concordare con il Direttore del Dipartimento Dott.ssa Mariangela Taricco ed in accordo con il Prof. Marco Zoli, Direttore dell'Unità Operativa di Medicina Interna e Responsabile Scientifico.

Il finanziamento stanziato per la copertura del costo del contratto in parola è determinato in complessivi **€ 33.600,00**, oneri compresi. Il compenso verrà corrisposto mensilmente previa presentazione di regolare fattura e su conforme attestazione dell'avvenuta esecuzione della relativa attività rilasciata dalla Dott.ssa Mariangela Taricco.

3 - DOMANDA DI AMMISSIONE

La domanda, con la precisa indicazione della procedura comparativa cui l'aspirante intende partecipare, redatta in carta semplice, datata e firmata, corredata di fotocopia non autenticata di documento di identità, deve essere rivolta al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi e presentata nei modi e nei termini previsti al successivo punto 5.

Nella domanda, redatta preferibilmente secondo l'allegato schema, gli aspiranti dovranno dichiarare:

- a) il cognome, nome, luogo, data di nascita e residenza;
- b) la cittadinanza; in caso di possesso di cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea, il candidato dovrà dichiarare di essere in regola con le vigenti norme in materia di soggiorno nel territorio italiano;
- c) il godimento dei diritti civili e politici;
- d) le eventuali condanne penali riportate, ovvero di non avere riportato condanne penali;

- e) di essere in possesso dei titoli e dei requisiti culturali e professionali correlati al contenuto della prestazione richiesta, specificando quali;
- f) del sussistere di un eventuale rapporto di dipendenza con una pubblica amministrazione;
- g) il domicilio, numero di telefono ed eventuale indirizzo di posta elettronica presso il quale ricevere le informazioni.

L'omessa indicazione dei requisiti richiesti determina l'esclusione dalla selezione.

La domanda che il candidato presenta va firmata in calce, senza necessità di alcuna autentica.

Ai sensi e per gli effetti della L. 12.10.93, n. 413 è data facoltà di dichiarare nella domanda di ammissione la propria obiezione di coscienza ad ogni atto connesso con la sperimentazione animale.

NORMATIVA ANTICORRUZIONE

Ai sensi dell'art. 2, comma 3, del D.P.R. n. 62/2013 relativo a: "Regolamento recante Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2011, n. 165", gli obblighi di condotta previsti dallo stesso Codice sono estesi anche a tutti i collaboratori e consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico".

Il Codice di Comportamento Nazionale e Copia di Comportamento Aziendale sono pubblicati sul sito aziendale e sono rinvenibili seguendo il seguente percorso:

<http://www.aosp.bo.it/content/amministrazione-trasparente>

Copia dei Codici verrà consegnata all'interessato al momento dell'attivazione del contratto.

Alla luce di ciò, in applicazione dell'art. 6 del richiamato D.P.R. n. 62/2013 e dell'art. 53, comma 14, del D.lgs n. 165/01, così come integrato dalla Legge 6/11/2012, n. 190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", si fa presente che gli aspiranti sono tenuti a rendere le dichiarazioni richieste nei moduli allegati al presente Avviso - "Comunicazione obbligatoria dei conflitti di interessi (articolo 6 D.P.R. n. 62/2013 e articolo 53, comma 14, del D.lgs n. 165/01)" -, che dovranno essere consegnati unitamente alla domanda di partecipazione alla procedura comparativa.

La mancata produzione dei moduli e/o la rilevata sussistenza di conflitti di interesse con l'attività correlata all'incarico in oggetto, precludono la possibilità di conferimento dello stesso.

4 - DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Agli effetti della valutazione di merito e della formazione dell'elenco di idonei, l'aspirante potrà allegare alla domanda un curriculum professionale, datato e firmato, redatto nelle forme dell'autocertificazione. Nell'ambito del predetto curriculum il candidato dovrà descrivere e dettagliare le esperienze formative e professionali che ritiene utile segnalare in quanto attinenti al contenuto del Progetto riportato in premessa. Al riguardo l'aspirante potrà altresì produrre, sempre nelle forme dell'autocertificazione, le 5 pubblicazioni ritenute più rilevanti ai fini dell'incarico da conferire.

Si precisa che il curriculum dovrà essere redatto nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ("Il sottoscritto _____, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità dichiara di possedere le sottoindicate esperienze formative e professionali:"). La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia semplice del documento di identità personale del sottoscrittore.

Si fa presente che, ai sensi degli artt. 40 e seguenti del D.P.R. 445/2000, così come integrati dall'art. 15 della L. 183/2011, NON POSSONO ESSERE ACCETTATI CERTIFICATI rilasciati da Pubbliche Amministrazioni o da gestori di pubblici servizi.

In ogni caso, la dichiarazione resa dal candidato - in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della relativa certificazione - deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo o dell'esperienza che il candidato intende segnalare; l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato. In via esemplificativa, con riferimento alle attività professionali prestate, la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà deve contenere l'esatta denominazione dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato, la qualifica, il tipo di rapporto di lavoro (se dipendente, autonomo o altro), le date di inizio e di conclusione dell'attività prestata nonché le eventuali interruzioni o sospensioni della stessa.

Le pubblicazioni, nel numero massimo di 5, potranno essere presentate in fotocopia semplice ed autenticate dal candidato mediante dichiarazione che le copie dei lavori specificamente elencati sono conformi agli originali; in alternativa, potrà dichiarare in calce alla fotocopia semplice di ciascuna pubblicazione la conformità della stessa al relativo originale.

Si rammenta, infine, che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non veritiera, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in occasione dell'espletamento dei procedimenti relativi all'avviso pubblico verranno trattati nel rispetto del D.L.vo 30.06.2003 n.196; la presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure relative all'avviso pubblico.

Si rende noto che la documentazione presentata potrà essere ritirata personalmente o da un incaricato munito di delega, previo riconoscimento tramite documento di identità valido, solo dopo 120 giorni dalla data di approvazione della graduatoria.

Il ritiro potrà essere effettuato per un periodo di 3 anni.

Trascorso tale termine tutta la documentazione sarà eliminata dagli archivi, senza alcun ulteriore avviso. (Nell'interesse dei candidati si suggerisce, pertanto, di allegare solo fotocopie semplici con dichiarazione di conformità all'originale).

La restituzione dei documenti presentati potrà avvenire anche prima della scadenza del suddetto termine per il candidato non presentatosi alle prove ovvero per chi, prima dell'insediamento della Commissione di Valutazione, dichiara espressamente di rinunciare alla partecipazione all'avviso. Tale restituzione potrà essere effettuata direttamente all'interessato od a persona munita di delega, previo riconoscimento tramite documento di identità valido.

5 - MODALITÀ E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AMMISSIONE

La domanda e la documentazione ad essa allegata:

- devono essere inoltrate a mezzo del servizio postale al seguente indirizzo: **SERVIZIO UNICO METROPOLITANO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE (SUMAP) – UFFICIO CONTRATTI DI LAVORO AUTONOMO – AREA S.ORSOLA-MALPIGHI, VIA GRAMSCI N. 12, 40121 BOLOGNA**

oppure

- **trasmesse con Posta Elettronica Certificata PEC** personale del candidato entro il giorno di scadenza del bando esclusivamente all'indirizzo: concorsi@pec.aosp.bo.it . La domanda con i relativi allegati dev'essere inviata in un unico file in formato PDF unitamente a fotocopia del documento d'identità del candidato. Il messaggio dovrà avere per oggetto: **"domanda di procedura comparativa riservata a MEDICI SPECIALISTI IN MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE di _____ (indicare il proprio cognome e nome)"**. Le domande inviate da una casella di posta elettronica non certificata o che non soddisfino i requisiti sopra indicati di formato, saranno considerate irricevibili, con conseguente esclusione dei candidati dalla procedura selettiva.

La validità della trasmissione e ricezione della corrispondenza è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna.

L'Amministrazione non assume responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei files.

Nel caso in cui il candidato invii più volte la documentazione, si terrà in considerazione solo quella trasmessa per prima.

L'Amministrazione, se l'istanza di ammissione alla procedura sia pervenuta tramite PEC, è autorizzata ad utilizzare per ogni comunicazione, qualora lo ritenesse opportuno, il medesimo mezzo con piena efficacia e garanzia di conoscibilità degli atti trasmessi da parte del candidato.

È esclusa ogni altra forma di presentazione o di trasmissione.

La domanda deve pervenire, a pena di esclusione, **entro il giorno 12.05.2016**. A tal fine si precisa che **NON fa fede il timbro dell'Ufficio Postale accettante**.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto. Non saranno accolte le domande pervenute oltre il termine.

L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

6 - COMMISSIONE DI VALUTAZIONE

Un'apposita Commissione di Valutazione, individuata in base a quanto disposto dall'art. 10 della Direttiva approvata con deliberazione AOSP n. 6 del 18.1.2010 così come modificata ed integrata con deliberazioni n. 491 del 03.11.2014 e n. 81 del 04.04.2016, nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 35-bis del D.Lgs. 165/2001 "Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici", procederà alla comparazione dei curricula e dei documenti prodotti dai candidati, sulla base di criteri predeterminati e dettagliatamente specificati nel verbale dei lavori, in relazione alle competenze richieste dall'incarico ed alle peculiarità dello stesso. La Commissione stabilirà altresì i criteri di massima relativi alla valutazione del colloquio, coerenti con i contenuti della posizione da ricoprire.

7 – TITOLI E COLLOQUIO

La comparazione avverrà tramite esame e valutazione dei curricula presentati dagli aspiranti e successivo colloquio.

La procedura comparativa è condotta mediante raffronto tra il curriculum formativo e professionale di ciascun candidato con il contenuto ed i risultati attesi del Progetto descritto nel presente bando, in relazione all'incarico da attribuire, tenendo a tal fine conto:

✎ della natura e delle caratteristiche del Progetto da realizzare;

- ✚ della professionalità e dell'esperienza già acquisite dall'aspirante nell'espletamento di attività professionali in termini di maggiore o minore attinenza in relazione all'area di interesse dell'incarico di lavoro autonomo da conferire;
- ✚ delle capacità e conoscenze del professionista, valutabili con riferimento:
 - alle attitudini manifestate nell'esercizio delle attività prestate
 - alla diversificazione delle attività
 - alle attività formative e di studio
 - all'attività didattica svolta
 - alla produzione scientifica attinente

Sarà valutata la produzione scientifica pertinente all'incarico da conferire, nel numero massimo di 5 lavori, pubblicata su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori.

Il colloquio è diretto alla valutazione delle capacità professionali dei candidati con riferimento all'incarico da attribuire in relazione agli obiettivi ed alle caratteristiche dell'attività da espletare.

8 - CONVOCAZIONE DEI CANDIDATI

Tutti gli aspiranti che avranno presentato domanda in tempo utile e che saranno in possesso dei requisiti previsti dal presente bando dovranno presentarsi per l'espletamento del colloquio sulle materie oggetto dell'incarico il giorno 23 maggio 2016 alle ore 12,00 presso lo studio del Direttore del Dipartimento Medico della Continuità Assistenziale e delle Disabilità – Dott.ssa Mariangela Taricco 1° piano Padiglione n. 2 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola-Malpighi – Via Albertoni 15 - 40138 Bologna. Tale comunicazione costituisce a tutti gli effetti convocazione al colloquio; i candidati sono pertanto tenuti a presentarsi muniti di idoneo documento di riconoscimento.

L'eventuale esclusione di un aspirante per mancanza del possesso dei requisiti richiesti sarà notificata all'interessato prima dell'espletamento del colloquio.

9 - ELENCO DEGLI IDONEI

La Commissione di Valutazione, al termine della procedura comparativa, formula un elenco di idonei, all'interno del quale è individuato, sulla base di scelta adeguatamente e congruamente motivata, il concorrente più adeguato a ricoprire l'incarico.

L'elenco degli idonei, approvato con apposita determinazione del Dirigente Responsabile del Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale (SUMAP) sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione e potrà essere utilizzato nell'arco di un triennio dalla data di approvazione per il conferimento di diversi e ulteriori incarichi a fronte di medesima professionalità.

L'incarico sarà conferito mediante stipulazione di contratto di diritto privato da sottoscrivere tra il candidato e il Dirigente Responsabile del SUMAP personale, a ciò delegato.

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi si riserva ogni facoltà in materia di assegnazione e di trasferimento nonché di disporre la proroga dei termini del bando, la loro sospensione e modificazione, la revoca ed annullamento del bando stesso ovvero di non procedere alla stipulazione del contratto con il candidato individuato per mutate esigenze di carattere organizzativo.

In ottemperanza alla vigente normativa, si specifica che le operazioni selettive si concluderanno entro il termine massimo di sei mesi dalla data dell'ultimo giorno utile per la presentazione delle domande di partecipazione, fatto salvo eventuale scostamento, debitamente motivato, determinato da circostanze non imputabili all'amministrazione precedente.

Si precisa che il testo del presente bando è reperibile sul sito Internet dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna: www.aosp.bo.it.

Il Dirigente Responsabile
Servizio Unico Metropolitano
Amministrazione del Personale

Dott.ssa Teresa Mittaridonna

Bologna, 27.04.2016

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART 13 DEL D. LGS 30.6.2003, N. 196

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi informa, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti sono trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla presente procedura di reclutamento. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria; il loro mancato conferimento comporta l'esclusione dalla procedura di reclutamento.

Il trattamento di tali, nel rispetto dei principi di pertinenza, non eccedenza e completezza rispetto alla finalità sopra indicata, avviene in modo lecito e secondo correttezza.

I dati saranno trattati mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici.

I dati conferiti non saranno diffusi. Potranno essere comunicati unicamente ai soggetti pubblici e privati coinvolti nello specifico procedimento, nei solo casi e per sole finalità previste da leggi, regolamenti e/o dai contratti collettivi nazionali di lavoro, al fine di garantire la gestione di tutte le fasi del procedimento stesso.

Titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, con sede legale in via Albertoni, 15 – Bologna.

Responsabile del trattamento è il Dirigente Responsabile dell' Amministrazione del personale.

In qualsiasi momento, in qualità di Interessato, può ottenere informazioni sul trattamento dei Suoi dati, sulle relative modalità e finalità e sulla logica ad esso applicata, nonché esercitare tutti gli altri diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003, rivolgendosi al Titolare e/o al Responsabile del trattamento.

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA DIREZIONE AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	SCHEMA DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE A PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI PRESTAZIONI DI LAVORO AUTONOMO	RS238- REV.1 Data di applicazione 1.2.2010 Pag.1 di 2
--	--	---

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA

AL DIRETTORE GENERALE
 DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA
 POLICLINICO S.ORSOLA-MALPIGHI - VIA ALBERTONI, 15 - 40138 BOLOGNA

Il/La sottoscritt/a _____
 nato il _____ a _____ Prov. _____
 residente a _____ Prov. _____ CAP. _____
 Via _____ n. _____ tel _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura comparativa per titoli e colloquio riservata a: **MEDICI SPECIALISTI IN
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE** per il conferimento di incarico individuale per prestazioni di
 lavoro autonomo relative al progetto:

*“Implementazione degli interventi volti a migliorare il percorso riabilitativo nei pazienti con ictus e gravi
 disabilità neurologiche e a facilitare la continuità ospedale – territorio”*

presso **IL DIPARTIMENTO MEDICO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E DELLE
DISABILITÀ**

dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi con **SCADENZA IL
12.05.2016**

A tal fine **dichiara** sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del
 DP.R. 28/12/2000 N.445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare)

☐ che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente selezione
 è il seguente: _____

(specificare cognome-nome-via-cap-comune-telefono- tel. cellulare-indirizzo di posta elettronica)

☐ di essere in possesso della cittadinanza _____
(indicare nazionalità)

i cittadini NON appartenenti all' UE dovranno dichiarare:

☐ di ESSERE in regola con il permesso di soggiorno (**ALLEGARE DOCUMENTAZIONE
PROBATORIA**)

☐ di NON ESSERE in regola con il permesso di soggiorno

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA DIREZIONE AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	SCHEMA DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE A PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI PRESTAZIONI DI LAVORO AUTONOMO	RS238- REV.1 Data di applicazione 1.2.2010 Pag.2 di 2
--	--	---

sola opzione barrare una	☐ di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ <i>(indicare Comune)</i>
	☐ di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____ <i>(indicare motivo della non iscrizione)</i>
Gli aspiranti NON in possesso della cittadinanza italiana, dovranno dichiarare:	
	☐ di non avere a proprio carico provvedimenti giudiziari che comportino nel Paese di origine o in Italia la perdita del diritto di voto

sola opzione barrare una	☐ di NON AVERE riportato condanne penali
	☐ di AVERE riportato le seguenti condanne penali: _____ <i>(da indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)</i>

☐ di essere in possesso della **LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA** conseguita il _____
 presso l'Università di _____

☐ di essere in possesso del diploma di **SPECIALIZZAZIONE IN** _____

Conseguito in data _____

☐ di essere iscritto **ALL'ALBO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI** della Provincia di _____

opzioneuna solabarrare	☐ di PRESTARE SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso la seguente pubblica amministrazione _____ <i>(come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata);</i>
	☐ di NON PRESTARE servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni;

sola opzione barrare una	☐ di NON ESSERE stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni ovvero licenziato;
	☐ di ESSERE stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni ovvero licenziato <i>(indicare il tipo di provvedimento)</i>

☐ DI ESSERE ex dipendente di pubblica amministrazione collocato in quiescenza;

☐ DI **NON ESSERE** ex dipendente di pubblica amministrazione collocato in quiescenza;

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA DIREZIONE AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	SCHEMA DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE A PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI PRESTAZIONI DI LAVORO AUTONOMO	RS238- REV.1 Data di applicazione 1.2.2010 Pag.3 di 2
---	--	--

necessità solo in caso di barrare la casella	☐ di AVERE NECESSITÀ in quanto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della L. 104/92 del seguente ausilio _____ (indicare il tipo di ausilio necessario) e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi.
--	---

Il/la sottoscritto/a presenta un curriculum formativo e professionale datato e firmato. Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco, in carta semplice.

data, _____ Firma _____

NOTABENE la domanda e la documentazione ad essa allegata:

- ☞ devono essere inoltrate a mezzo del servizio postale al seguente indirizzo: SERVIZIO UNICO METROPOLITANO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE (SUMAP) – UFFICIO CONTRATTI DI LAVORO AUTONOMO – AREA S.ORSOLA-MALPIGHI, VIA GRAMSCI N. 12, 40121 BOLOGNA (tel 051 6079957 – 6079961 - 6079962)
- ☞ ovvero trasmesse con Posta Elettronica Certificata PEC personale del candidato esclusivamente all'indirizzo concorsi@pec.aosp.bo.it. Il messaggio dovrà avere per oggetto: “domanda di procedura comparativa”

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000 N.445)

__l__ sottoscritt__ nat__ il ____ a
____ ai fini della partecipazione alla procedura
comparativa riservata a **MEDICI SPECIALISTI IN MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE**

per il conferimento di **CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO** relativo al progetto :

"Implementazione degli interventi volti a migliorare il percorso riabilitativo nei pazienti con ictus e gravi disabilità neurologiche e a facilitare la continuità ospedale – territorio"

Presso il Dipartimento Medico della Continuità Assistenziale e delle Disabilità

onde consentire la verifica delle situazioni di conflitto di interessi, anche solo potenziale, con l'eventuale rapporto di collaborazione professionale con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi, ai sensi di quanto previsto dall'art. 53, comma 14, del D.lgs n. 165/01, così come integrato dalla Legge 6/11/2012, n. 190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione"

dichiara

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ,
(DICHIARARE SOLO LE ATTIVITÀ SVOLTE EXTRA AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI BOLOGNA – POLICLINICO S. ORSOLA - MALPIGHI)

DI ***NON*** SVOLGERE ALCUNA ATTIVITÀ PROFESSIONALE, NEPPURE A TITOLO GRATUITO

☐ DI SVOLGERE ATTIVITA' DI:

☐ TIROCINIO

☐ STAGE

☐ BORSA DI STUDIO

☐ ASSEGNO DI RICERCA

☐ DOTTORATO DI RICERCA

☐ ALTRO

AD OGGETTO

PRESSO

DAL

DI SVOLGERE ***ATTIVITÀ PROFESSIONALE A TITOLO GRATUITO*** AD OGGETTO

A FAVORE DI

(indicare denominazione, forma giuridica, oggetto sociale) DAL

☐ DI SVOLGERE ***ATTIVITA' DI LAVORO DIPENDENTE*** IN QUALITÀ DI

A FAVORE DI

(indicare denominazione, forma giuridica, oggetto sociale

CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO / INDETERMINATO A DECORRERE DAL

☐ **1.** DI SVOLGERE ***ATTIVITÀ DI LAVORO AUTONOMO*** (TIPOLOGIA

AD OGGETTO

A FAVORE DI

DAL

☐ **2.DI SVOLGERE ATTIVITÀ DI LAVORO AUTONOMO (TIPOLOGIA**

AD OGGETTO

A FAVORE DI

DAL

☐ DI ESERCITARE **ATTIVITA' IMPRENDITORIALE/COMMERCIALE** AD OGGETTO

DAL

☐ DI ESSERE SOCIO DELLA/E SEGUENTE/I **SOCIETÀ** (indicare denominazione, forma giuridica, oggetto sociale)

NELL'AMBITO DELLA/E QUALE/I RIVESTE IL SEGUENTE RUOLO (esemplificativamente: semplice socio, socio accomandatario, socio d'opera, amministratore, legale rappresentante, ecc.)

☐ CHE IL **CONIUGE O I PROPRI PARENTI O AFFINI** FINO AL SECONDO GRADO SVOLGONO ATTIVITA' IMPRENDITORIALE/COMMERCIALE AD OGGETTO

OPPURE SONO SOCI DELLA SEGUENTE SOCIETA' (indicare denominazione, forma giuridica, oggetto sociale)

NELL'AMBITO DELLA QUALE RIVESTONO IL SEGUENTE RUOLO

☐ **DI IMPEGNARSI A COMUNICARE OGNI POSSIBILE VARIAZIONE RISPETTO A QUANTO DICHIARATO CON LA PRESENTE**

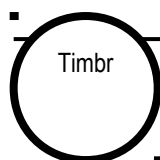
È FATTA SALVA LA POSSIBILITÀ DI VERIFICARE LA VERIDICITÀ DEL CONTENUTO DELLA DICHIARAZIONE. NEL CASO IN CUI I DATI INDICATI RISULTINO DIFFORMI, SI APPLICANO LE SANZIONI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445/00. LA DICHIARAZIONE NON VERITIERA COMPORTA, AI SENSI DELL'ART. 75 DEL D.P.R. N. 445/00, LA DECADENZA DAI BENEFICI EVENTUALMENTE OTTENUTI.

Bologna, _____

Il/La Dichiarante

☐ **Allegata copia del documento di identità**

☐ **Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante**



Nome, Cognome e qualifica del funzionario

Firma del funzionario

(PARTE RISERVATA ALL'ACQUISIZIONE - DA PARTE DELL'AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE- DEL PARERE DEL RESPONSABILE DEL PROGETTO)

Valutata la situazione professionale e personale dichiarata dal professionista,

- ☐ **NON** si evincono elementi che possono configurare conflitto di interessi, anche potenziale, con l'attività legata al Progetto
- ☐ SI evincono elementi che possono configurare conflitto di interessi, anche potenziale, con l'attività legata al Progetto, per le seguenti motivazioni:

_____ - __IL RESPONSABILE DEL
PROGETTO _____

(timbro e firma)

COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA DEGLI INTERESSI FINANZIARI E DEI CONFLITTI DI INTERESSI/DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONDANNE PENALI PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (ART. 6, COMMA 1, D.P.R. N. 62/2013 – ART. 35-BIS D.LGS. N. 165/2001)

Io sottoscritto/anato a
.....
il

AVVALENDOMI

delle disposizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000

CONSAPEVOLE

delle sanzioni previste dall'art. 76 della richiamata normativa per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R., sotto la mia personale responsabilità ai fini di quanto previsto dall'art. 6 del D.P.R. 62/2013 e dell'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001

D I C H I A R O

☐ di non avere avuto negli ultimi tre anni rapporti di collaborazione retribuiti con soggetti privati (art. 6 D.P.R. n. 62/2013)

☐ di avere avuto negli ultimi tre anni rapporti di collaborazione retribuiti con i seguenti soggetti privati (art. 6 D.P.R. n. 62/2013):

1.
2.
3.
4.

E che, in quest'ultimo caso (art. 6 D.P.R. n. 62/2013):

☐né io sottoscritto/a né un parente né un affine entro il secondo grado né il coniuge o il convivente del sottoscritto medesimo ha tuttora per quanto a conoscenza del sottoscritto, rapporti finanziari con uno o più dei soggetti privati sopra indicati

☐io sottoscritto (o un parente o un affine entro il secondo grado o il coniuge o il convivente del sottoscritto)

(specificare:)

ho/a tutt'ora rapporti con uno o più soggetti privati sopra indicati e precisamente con:

1.
2.
3.
4.

☐che i soggetti privati sopra menzionati, per quanto a conoscenza del sottoscritto:

☐ hanno

☐ non hanno

interessi in attività o decisioni inerenti la struttura organizzativa:

.....

di assegnazione del sottoscritto per quanto riguarda le funzioni allo stesso affidate (art. 6 D.P.R. n. 62/2013)

Dichiaro, inoltre, di essere consapevole del fatto che la sottoscrizione della presente dichiarazione non sostituisce in alcun modo gli obblighi e gli adempimenti previsti dalle disposizioni in materia di incompatibilità ed autorizzazioni a svolgere attività extra istituzionali nel corso del rapporto di lavoro (art. 53 d.lgs. n. 165/2001)

Data: Firma del dichiarante:

Spazio riservato all'ufficio ricevente, da utilizzare in alternativa all'invio della fotocopia del documento di identità in corso di validità

Il dipendente addetto* (timbro e firma)

Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante

.....

*Il dipendente addetto è individuato e incaricato dal responsabile della struttura di assegnazione del dichiarante