

**PUBBLICATO SUL BOLLETTINO UFFICIALE N. 13 DEL 29.03.2012**  
**SCADENZA: 13 APRILE 2012**

**A V V I S O P U B B L I C O**

In esecuzione della deliberazione n. 2012/275 adottata dal Commissario in data 21/03/2012, è indetto avviso pubblico per soli titoli per il conferimento di incarico a tempo determinato per mesi otto a:

**N. 1 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO OTORINOLARINGOIATRIA**

La graduatoria sarà formulata sulla base dei titoli prodotti dagli aspiranti, da valutarsi secondo i criteri fissati nel D.P.R. 10.12.1997 n. 483.

Il trattamento giuridico ed economico è quello previsto dalle disposizioni legislative e dal C.C.N.L. vigente per il personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Possono partecipare all'avviso coloro che possiedono i seguenti requisiti:

- a) cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- b) idoneità fisica all'impiego. L'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego è effettuato a cura dell'Azienda Sanitaria Locale prima dell'immissione in servizio;
- c) laurea in Medicina e Chirurgia;
- d) specializzazione nella disciplina oggetto dell'avviso o in disciplina equipollente o affine;
- e) iscrizione all'albo dell'ordine dei medici. L'iscrizione al corrispondente albo di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione all'avviso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

I requisiti di ammissione previsti dal D.P.R. n. 483 del 10.12.1997 dovranno essere posseduti alla data di scadenza del termine per la presentazione delle domande.

Si precisa che la graduatoria stilata a seguito del presente avviso potrà essere utilizzata per il conferimento di eventuali altri incarichi e/o supplenze a fronte di ragioni di carattere tecnico, produttivo, organizzativo o sostitutivo e rimarrà valida per un periodo di 3 anni dalla data di approvazione, subordinatamente alla inesistenza di graduatorie concorsuali valide.

Gli incarichi potranno essere conferiti sia per esigenze di carattere sostitutivo, nel qual caso la durata sarà commisurata all'assenza dell'unità sostituita, sia per esigenze di carattere tecnico, produttivo o organizzativo per la copertura di posti vacanti, in attesa di poter procedere alla assunzione a tempo indeterminato.

Gli incarichi possono essere prorogati una sola volta e in ogni caso gli incarichi non potranno avere durata superiore ad anni 3.

Le domande degli aspiranti all'incarico, redatte in carta semplice, dovranno essere inviate all' "Azienda Sanitaria Locale AL - Area Personale - Ufficio Procedure Assuntive, Via E. Raggio 12 - 15067 Novi Ligure", entro e non oltre il 15° giorno successivo alla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ovvero pervenire mediante invio di posta elettronica certificata (PEC) nel rispetto del termine previsto, alla casella di posta elettronica certificata (PEC) di

questa Azienda [aslal@pec.aslal.it](mailto:aslal@pec.aslal.it). Le domande inviate ad altre caselle di posta elettronica dell'Azienda, non saranno prese in considerazione.

Se inviate in forma cartacea, le domande di partecipazione all'avviso devono essere spedite esclusivamente a mezzo raccomandata postale con avviso di ricevimento. Le domande inoltrate a mezzo del servizio postale si considerano prodotte in tempo utile se spedite entro il termine indicato nel bando; all'uopo fa fede il timbro postale accettante. Saranno ritenute come giunte fuori termine e non si terrà conto delle domande recanti il timbro postale di partenza di data posteriore a quella di scadenza.

Per la validità dell'invio informatico il candidato dovrà utilizzare a propria volta una casella elettronica certificata. L'indirizzo della casella PEC del mittente deve essere obbligatoriamente riconducibile, univocamente, all'aspirante candidato. Non sarà, pertanto, ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato.

E' altresì consentita la consegna a mano delle domande da effettuarsi presso l'Ufficio protocollo dell'ASL AL sede di Novi Ligure, dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,30.

Non è ammessa la produzione di documenti dopo la scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di partecipazione.

L'Amministrazione non assume responsabilità per dispersioni di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato in domanda, né da eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

La domanda dovrà essere sottoscritta dall'interessato, pena l'invalidità dell'aspirante; ai sensi dell'art. 3 comma 5 della legge 15/5/97 n. 127, la firma in calce alla domanda non è più soggetta ad autenticazione.

Nella domanda gli aspiranti dovranno indicare:

- a) il nome e cognome, la data, il luogo di nascita e la residenza;
- b) il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- c) il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della loro non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- d) le eventuali condanne penali riportate ovvero l'assenza di condanne penali;
- e) i titoli di studio posseduti;
- f) la loro posizione nei riguardi degli obblighi militari;
- g) i servizi eventualmente prestati presso pubbliche amministrazioni;
- h) il domicilio presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione;
- i) l'autorizzazione all'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura dell'avviso;

Alla domanda devono essere allegati:

- elenco in triplice copia, in carta semplice, degli allegati alla domanda di ammissione all'avviso;
- fotocopia non autenticata della carta di identità o altro documento di riconoscimento in corso di validità, nei casi e per gli effetti di seguito specificati;
- curriculum formativo e professionale datato e firmato.

Ai sensi delle norme vigenti in materia, dovranno essere autocertificati, pena la non ammissione:

- laurea in medicina e chirurgia;

– specializzazione nella disciplina oggetto dell'avviso ovvero in disciplina equipollente o affine, con l'indicazione della normativa ai sensi del quale è stata conseguita (D. Lgs. 257/91 o D. Lgs. 368/99), nonché della durata legale del corso.

– attuale iscrizione all'albo professionale dell'ordine dei Medici.

Potranno essere allegati i documenti atti a comprovare eventuali titoli utili ai fini della graduatoria.

Ai sensi dell'art. 15 della legge 12.11.2011 n. 183, le certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione riguardanti stati, qualità personali e fatti sono sempre sostituite dalle dichiarazioni di cui agli artt. 45 (dichiarazioni sostitutive di certificazioni) e 46 (dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà) del D.P.R. 445 del 28.12.2000.

Il possesso dei requisiti di ammissione ed i titoli e servizi che il candidato ritenga opportuno presentare agli effetti della ammissione e agli effetti della formulazione della graduatoria devono essere dichiarati mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà (che può essere contestuale alla domanda) secondo i modelli fac-simile allegati.

La dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà (art. 46 e 47 DPR 445 del 28.12.2000) deve obbligatoriamente riportare la seguente dicitura: *"il sottoscritto consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell'art. 75 del Testo unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità dichiara ..."*

Non saranno considerate valide ai fini della valutazione dei titoli dichiarazioni rese con modalità diverse da quelle sopra specificate o documenti che non siano in originale o in copia autenticata o in copia dichiarata conforme all'originale secondo quanto sopra specificato.

I titoli, se presentati in fotocopia semplice devono essere muniti della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che ne attesti la conformità all'originale, pena la mancata valutazione dei titoli.

Nella certificazione relativa ai servizi deve essere attestato se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979, in presenza delle quali, il punteggio deve essere ridotto. In caso positivo l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa. Le pubblicazioni saranno valutate solo se presentate in originale, in copia autenticata ovvero in copia dichiarata conforme all'originale (con le modalità di cui agli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000).

In mancanza di esatta o puntuale indicazione dei titoli posseduti e dei servizi prestati, gli stessi saranno valutati solo se e nella misura in cui le indicazioni necessarie saranno sufficienti.

Non saranno prese in considerazione dichiarazioni sostitutive redatte senza precise indicazioni di oggetto, tempi e luoghi relativi a titoli, servizi, stati e qualità oggetto della dichiarazione stessa.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, qualora non sia stata sottoscritta dall'interessato in presenza del personale addetto, dovrà essere inviata unitamente a fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

L'amministrazione procede ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e qualora dovessero emergere ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, oltre alla decadenza dell'interessato dei benefici eventualmente conseguiti, sono applicabili le sanzioni penali previste dalla normativa vigente.

Non saranno considerate ammissibili le istanze di partecipazione dei candidati:

- che non siano in possesso dei requisiti di accesso previsti nel presente avviso;
- che non siano state sottoscritte;
- che siano pervenute fuori dei termini di presentazione previsti dall'avviso di incarico.

Qualora dall'esame della domanda e della documentazione prodotta si dovesse accertare la carenza dei requisiti per l'ammissione, l'Amministrazione con provvedimento motivato dispone l'esclusione che sarà notificata all'interessato mediante raccomandata A.R.

La presentazione della domanda di partecipazione comporta l'accettazione, senza riserva, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso e di tutte le norme in esso richiamate.

La graduatoria sarà formulata da apposita commissione e sarà pubblicata sul sito aziendale dell'ASL AL.

Si provvederà all'assunzione del vincitore ai sensi dell'art.13 del CCNL della dirigenza medica e veterinaria 08/06/2000.

Il conferimento dell'incarico è subordinato all'esito degli accertamenti sanitari effettuati dal Medico competente di questa ASL ex D.Lgs. 81 del 09.04.08 e D.Lgs. 106 del 03.08.09.

L'assunzione avviene con rapporto di lavoro esclusivo.

Il dirigente medico assunto in servizio a tempo determinato è soggetto ad un periodo di prova della durata di mesi due. Durante il periodo di prova, decorsa la metà dello stesso, ciascuna delle parti può recedere dal rapporto in qualsiasi momento senza obbligo di preavviso né di indennità sostitutiva di esso.

L'Amministrazione dell'ASL si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare, in tutto o in parte, il presente avviso, a suo insindacabile giudizio.

In nessun caso il rapporto di lavoro a tempo determinato potrà trasformarsi in rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Per ogni eventuale informazione rivolgersi a Azienda Sanitaria Locale AL – Area Personale - Ufficio Procedure Assuntive e Dotazione Organica- Sede di Novi Ligure - Via Edilio Raggio n. 12 - Tel. 0143/332293; Sede di Acqui Terme - Via Alessandria, 1 - Tel.0144/777644, oppure consultare il sito internet [www.aslal.it](http://www.aslal.it).

IL COMMISSARIO  
(Dott. Mario PASINO)

## FAC-SIMILE DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO

(indirizzo PEC ASL AL: [aslal@pec.aslal.it](mailto:aslal@pec.aslal.it))

All'Azienda Sanitaria Locale AL  
AREA PERSONALE - Ufficio Procedure Assuntive  
Via E. Raggio, 12  
15067 NOVI LIGURE (AL)

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, porge domanda per essere ammesso/a all'avviso pubblico per soli titoli per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico disciplina Otorinolaringoiatria, indetto da Codesta Amministrazione con deliberazione n. 2012/275 adottata dal Commissario in data 21/03/2012.

***A tale scopo, sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell'art. 75 del Testo unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità dichiara:***

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o \_\_\_\_\_ (se del caso, dichiarare il possesso di altra cittadinanza equivalente);
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (in caso di mancata iscrizione indicarne i motivi);
- di essere nella seguente posizione riguardo agli obblighi militari \_\_\_\_\_ (se espletato indicare qualifica, periodo e struttura nei quali il servizio è stato prestato);
- di avere/non avere riportato condanne penali \* (in caso affermativo specificare quali \*\*);
- di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della specializzazione nella disciplina di \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ai sensi del decreto legislativo \_\_\_\_\_ durata del corso anni \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi di \_\_\_\_\_;
- di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni \* (in caso affermativo specificare la qualifica, i periodi e gli eventuali motivi di cessazione);
- di avere/non avere diritto a precedenza o preferenza all'assunzione (D.P.R. 487/94, L. 127/97 art. 3 comma. 7) \*;
- di indicare come segue il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso:

Sig. \_\_\_\_\_ Via/P.za/C.so \_\_\_\_\_ (C.A.P.) \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_) Tel. \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data \_\_\_\_\_

(firma per esteso)

\* omettere la dicitura che non interessa

\*\* indicare le condanne penali riportate, la data della sentenza o decreto penale e l'autorità giudiziaria che le ha emesse, indicando se sia stata concessa amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale, non menzione, applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 cpp, nonché i procedimenti penali eventualmente pendenti

Regione Piemonte \_\_\_\_\_

Facsimile

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'  
**(Art. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**  
L. 183 del 12.11.2011

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

*consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell'art. 75 del Testo unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità*

D I C H I A R A:

- di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli di studio (1): \_\_\_\_\_
- di aver partecipato ai seguenti corsi (2): \_\_\_\_\_
- di aver prestato i seguenti servizi (3): \_\_\_\_\_
- che le copie delle seguenti pubblicazioni e/o altri titoli, allegati, alla presente dichiarazione e di seguito elencati, sono conformi agli originali: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

IL DICHIARANTE

**(Gli interessati devono allegare una copia non autenticata del proprio documento di riconoscimento in corso di validità).**

**Note per la compilazione:**

- 1) Si intendono titoli di studio ulteriori rispetto a quelli richiesti per l'accesso al profilo. Qualora l'interessato dichiari di avere conseguito titolo di studio, qualifiche, specializzazioni, abilitazioni, dovrà dichiarare anche data, luogo, istituto di conseguimento.
- 2) Qualora l'interessato dichiari la partecipazione a corsi, convegni, congressi o seminari, dovrà indicare l'oggetto degli stessi, la Società o Ente organizzatore, le date in cui si sono svolti, la durata, se il dichiarante vi ha partecipato in qualità di uditor o relatore e se era previsto un esame finale.
- 3) Qualora l'interessato dichiari di aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni, presso case di cura convenzionate o accreditate o presso privati, dovrà indicare: denominazione completa della pubblica amministrazione o della casa di cura o del privato presso cui ha prestato servizio, la qualifica rivestita, il periodo in cui ha prestato servizio (indicare la data di inizio e fine servizio), le eventuali interruzioni (aspettative, congedi, ecc.) con indicazione dei periodi, la tipologia di rapporto di lavoro (libero-professionale, convenzionato o dipendente; in quest'ultimo caso indicare se si tratta di rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, a tempo pieno a part-time). In caso di servizio presso case di cura convenzionate o accreditate indicare se il rapporto di lavoro è continuativo. Qualora il servizio sia prestato presso aziende o enti del servizio sanitario nazionale, indicare se ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, deve essere precisata la misura della riduzione del punteggio.