

AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO – PROFESSIONALI

Si rende noto che questa Società intende procedere al conferimento di incarichi libero professionali a n.2 laureati in Medicina e Chirurgia per lo svolgimento di attività clinica presso la Struttura di Deospedalizzazione Protetta (RSA) dell'Ospedale di Settimo Torinese.

Requisiti richiesti:

1. Laurea in Medicina e Chirurgia;
2. Abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'Ordine Professionale;
3. Specializzazione in Medicina Interna, Geriatria o equipollenti.

La domanda di partecipazione alla selezione per il conferimento degli incarichi dovrà essere redatta come da fac-simile allegato al presente avviso, con indicazione dell'indirizzo a cui devono essere inviate le comunicazioni di convocazione.

Alla domanda dovranno essere allegati esclusivamente un curriculum formativo e professionale redatto su carta libera datato e firmato, con autocertificazione dei titoli posseduti e di ogni altra indicazione ritenuta utile ai fini del presente bando e fotocopia del documento di identità.

L'incarico verrà conferito previa valutazione del curriculum e successiva effettuazione di un colloquio da Medici esperti nelle discipline ad oggetto dell'incarico individuati dalle ASL TO 4 e TO 2.

Tutti i candidati che avranno presentato domanda in tempo utile e che saranno in possesso dei requisiti previsti dal presente avviso

S.A.A.P.A S.p.A.
Ospedale di Settimo

verranno convocati per l'effettuazione del colloquio mediante telegramma o avviso telefonico.

La Commissione Esaminatrice formulerà graduatoria di merito che potrà essere utilizzata, entro il termine massimo di dodici mesi dalla data di approvazione, per il conferimento, secondo l'ordine della stessa, di ulteriori incarichi libero-professionali che si rendessero eventualmente necessari presso l'Ospedale di Settimo Torinese.

Gli incarichi avranno durata commisurata alla specificità delle esigenze evidenziate e comunque non superiore ad un anno, con impegno medio base di 130 ore mensili, elevabili a 173 ore.

Il compenso riferito all'impegno base è determinato in 3.250,00€ lordi mensili.

La domanda deve essere recapitata a mano oppure a mezzo servizio postale, corriere, alla S.A.A.P.A. S.p.A. - Ufficio Direzione Amministrativa dell'Ospedale di Settimo - Via Santa Cristina n. 3 - 10036 Settimo Torinese, e dovrà pervenire **tassativamente entro il 24 aprile 2009**

Non fa fede il timbro dell'Ufficio Postale accettante.

Il presente avviso e il fac-simile di domanda, sono disponibili sui siti "www.aslto2.it" (ASL TO2), "www.asl7.to.it" (ASL TO4), "www.asl.ivrea.to.it", "www.omceo.to.it".

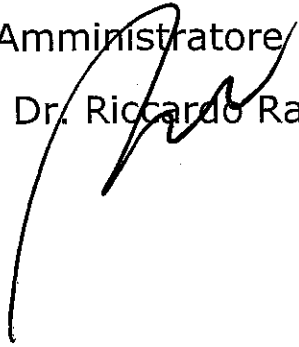
Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/2003 si informano i Signori candidati che i dati personali saranno utilizzati ai soli fini della procedura di selezione e per adempimento di

S.A.A.P.A S.p.A.
Ospedale di Settimo

obblighi di legge.

Per informazioni rivolgersi al seguente numero telefonico 011-
30.21.404

S.A.A.P.A. S.p.A.
Amministratore Unico
Dr. Riccardo Ranalli



S.A.A.P.A S.p.A.
Ospedale di Settimo

S.A.A.P.A. S.p.A.
OSPEDALE DI SETTIMO
VIA SANTA CRISTINA N. 3
10036 SETTIMO TORINESE (TO)

____ sottoscritt _____
nat ____ a _____ il
e residente a _____ in
via _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per il conferimento di _____

A tal fine dichiara:

- di essere cittadino _____
- di essere iscritt ____ nelle liste elettorali del Comune di _____
- di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali ovvero
- di aver riportato le seguenti condanne penali _____
- di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione :

1) Laurea in _____ conseguita il
presso _____

2) _____

3) _____

4) _____

• di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione :

• di non avere prestato servizio presso Pubbliche Amm.ni / ovvero di avere prestato servizio presso le sottototate pubbliche Amm.ni (indicare le cause di risoluzione) _____

S.A.A.P.A S.p.A.
Ospedale di Settimo

Si allega alla presente domanda:

Ogni comunicazione deve essere effettuata presso il seguente domicilio :

_____ Via _____

Tel. n. _____

Data _____

Firma

—

Fax

A: S.A.A.P.A. S.p.A. – Direzione Amministrativa –
Via Santa Cristina n. 3 –
10036 Settimo Torinese (TO)

(* * * Indicare il numero di pagine comprensivo del frontespizio)

IN CASO DI ERRATA RICEZIONE, PREGO AVVERTIRE:

Nome:

• COMMENTI: