

REGIONE PIEMONTE  
Azienda Sanitaria Locale CN2  
S.O.C. Amm.ne del Personale  
Sede Legale: Via Vida, 10  
12051 Alba (CN)  
Tel. 0173/316521 Fax 0173/316480  
E-mail:aslcn2@legalmail.it



I:\Personale\GIURIDICO\AVVISI\ULTIM\Bando\_libera\_professione\_medico diet

## AVVISO PER ATTRIBUZIONE DI INCARICO DI COLLABORAZIONE ESTERNA

In osservanza alle disposizioni contenute nel regolamento per il conferimento di incarichi di collaborazione esterna, adottato con provvedimento n. 971/000/DIG/10/0003 del 15/06/2010, ai sensi dell'art. 7, comma 6 bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in esecuzione della determinazione n. 217 del 25/02/2015 è indetto avviso con colloquio, per il conferimento di incarico di collaborazione per le attività dell'Azienda ad esperti nel profilo professionale di **Medico Specialista in Scienza dell'Alimentazione da destinare al Servizio di Nutrizione Clinica della S.O.C. Nefrologia Dialisi e Nutrizione Clinica.**

**La durata dell'incarico è di mesi dodici dalla data del conferimento dell'incarico stesso con impegno orario di 28 ore a settimana.**

**L'attività dovrà essere svolta presso il Servizio di Nutrizione Clinica, sotto la direzione del Direttore della S.O.C. Nefrologia Dialisi e Nutrizione Clinica.**

**Il compenso mensile lordo omnicomprensivo è di € 2.198,00 e verrà corrisposto dietro presentazione di regolare fattura entro trenta giorni dalla data della stessa.**

Il suddetto avviso con colloquio non costituisce procedura concorsuale.

Le domande dovranno essere formulate utilizzando l'allegato schema sotto forma di autocertificazione.

Alla domanda dovrà essere allegato un curriculum formativo e professionale, redatto su carta libera, datato e firmato.

Le domande di ammissione all'avviso, indirizzate al Legale Rappresentante dell'Azienda Sanitaria Locale CN2, dovranno pervenire all'Ufficio Protocollo dell'Ente – Via Vida n. 10 – 12051 ALBA – entro le ore 12,00 del giorno **9 marzo 2015**

Possono partecipare all'avviso pubblico coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti:

- Laurea;
- Specializzazione **in Scienza dell'Alimentazione;**
- Iscrizione all'albo dell'ordine dei medici.

I requisiti di ammissione devono essere posseduti alla data di scadenza del termine di presentazione delle domande di cui al presente avviso.

Il presente avviso viene pubblicato sul sito internet aziendale ([www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)).

La S.O.C. Amministrazione del Personale procede alla valutazione dei curricula presentati e al colloquio attraverso una commissione appositamente costituita, di cui facciano parte il Direttore del servizio che utilizzerà la collaborazione di altri due esperti della materia.

Ad ogni singolo curriculum viene attribuito un punteggio che valuti i seguenti elementi:

- a) qualificazione professionale;

- b) esperienze già maturate nel settore di attività di riferimento e grado di conoscenza delle materie di settore.

L'Azienda non è in alcun modo vincolata a procedere all'affidamento dell'incarico, fermo restando l'impegno, qualora intenda procedere a prendere in considerazione i curricula presentati e l'esito del colloquio in seguito alla pubblicazione dell'avviso.

La domanda di partecipazione ha il solo scopo di manifestare la disponibilità a ricoprire l'eventuale incarico, nonché l'accettazione delle condizioni dell'avviso.

L'Azienda garantisce parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro come stabilito dalla vigente legislazione.

I partecipanti alla selezione pubblica sono tenuti ad accettare tutte le disposizioni contenute nel presente bando. Ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30.06.2003 (codice in materia dei dati personali) i dati personali trasmessi dagli istanti verranno utilizzati e trattati esclusivamente per le finalità di gestione della procedura di selezione e degli eventuali procedimenti di affidamento dell'incarico. L'Azienda non assume responsabilità per eventuali disguidi o ritardi postali o per il caso di dispersioni di comunicazioni in dipendenza di inesatta o di non chiara trascrizione dei dati anagrafici e dell'indirizzo da parte dei candidati, o di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo medesimo dichiarato nella domanda di partecipazione all'avviso.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al: Servizio Personale – Telefono 0173/316557 fax 0173 316480 - E-mail: [aslc2@legalmail.it](mailto:aslc2@legalmail.it)

IL DIRETTORE DELLA  
S.O.C. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE  
Franco CANE

Fac Simile Domanda di partecipazione

Il/la sottoscritto/a ....., nato/a a .....,  
prov. ...., il ....., residente in ....., prov. ....,  
C.A.P. ...., via/piazza ....., n. civ. ....,  
recapito telefonico ....., cellulare .....,  
e-mail ....., codice fiscale/partita IVA .....,  
attuale posizione professionale .....

CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso con colloquio per conferimento incarico di collaborazione esterna di: Medico Specialista in Scienza dell'Alimentazione da destinare al Servizio di Nutrizione Clinica della S.O.C. Nefrologia Dialisi e Nutrizione Clinica.

A tal fine

DICHIARA

- di aver conseguito il seguente titolo di studio .....  
presso ..... in data .....  
riportando la votazione di .....
- di aver conseguito diploma di specializzazione.....  
presso ..... in data..... riportando  
la votazione di.....
- di essere iscritto all'albo dell'ordine.....
- che le informazioni contenute nel curriculum formativo e professionale allegato  
corrispondono a verità
- di avere una perfetta conoscenza della lingua italiana, scritta e parlata (per i cittadini di  
nazionalità straniera).

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione ed uso di atti falsi, richiamate dall' art. 76 del DPR 445/00, dichiara, inoltre, che quanto sopra corrisponde a verità.

....., lì .....

Si allega:

1. curriculum formativo e professionale
2. fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
3. autocertificazione.

Fac simile autocertificazione

Il/la sottoscritto/a ..... , nato/a a .....  
..... , prov. ....,il ..... , residente in ..... , prov.  
..... , C.A.P. .... , via/piazza .....  
..... , n. civ. .... , recapito.....

consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti previste dall' art. 76 del DPR 445/00, nonché della sanzione della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del rilascio di dichiarazioni false ai sensi dell' art. 75 del citato decreto,

DICHIARA

- essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
- godere dei diritti civili e politici;
- non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- essere in possesso del requisito della particolare e comprovata specializzazione universitaria strettamente correlata al contenuto della prestazione richiesta.
- di non essere interdetto dall' esercizio della libera professione e dai pubblici uffici in base a sentenza passata in giudicato;
- di non avere in corso procedimenti e/o liti con l'ASL CN2.

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali da parte dell'ASL CN2 nel rispetto delle finalità e modalità di cui al decreto legislativo 196/03.

....., lì .....  
(firma leggibile)