



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINI



Area Governo dei processi istituzionali e delle risorse umane  
*UOC Affari Istituzionali*

## COMUNICATO

**SI COMUNICA L'INDIZIONE DI UNA SELEZIONE, PER TITOLI, PER L'ASSEGNAZIONE DI UNA BORSA DI STUDIO DA AFFIDARE AD UN MEDICO LAUREATO IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA, DA ESPLETARSI PRESSO LA UOC MAXILLO FACCIALE, DELLA DURATA DI 12 MESI.**

**IL PREDETTO AVVISO, PUBBLICATO SUL SITO INTERNET AZIENDALE "SEZIONE AVVISI PROCEDURE COMPARATIVE E SPONSORIZZAZIONI" IN DATA 26/01/2021, AVRA' SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE IL GIORNO 09/02/2021.**

**IL DIRETTORE**

*(D.ssa Crocifissa Gagliano)*

## **AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI**

*Sede Legale Circonvallazione Gianicolense, 87 – 00152 Roma – P.IVA 04733051009*

### **INDIZIONE DI UNA SELEZIONE, PER TITOLI, PER L'ASSEGNAZIONE DI UNA BORSA DI STUDIO AD UN MEDICO LAUREATO IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA.**

Ai sensi del Regolamento Aziendale per il conferimento di Borse di Studio adottato con deliberazione n. 1447 del 31 ottobre 2019 e successivamente modificato e integrato con provvedimento n. 1702 del 12 dicembre 2019 e in attuazione della deliberazione n. 58 del 14 gennaio 2021.

#### **E' INDETTA**

una selezione, per titoli, per l'assegnazione di una Borsa di Studio ad un Medico Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria, per la realizzazione del progetto dal titolo: "Trattamento delle Sindromi Respiratorie del Sonno (Osas) Implementazione del percorso diagnostico-terapeutico Odontoiatrico-Prechirurgico", da svolgersi presso la UOC di Maxillo Facciale, della durata di 12 mesi.

Le ore di attività settimanali previste sono n. 28, per un importo di € 16.740,00, al lordo delle ritenute previste dalla normativa vigente.

La selezione verrà effettuata da un'apposita Commissione che, a seguito di valutazione dei titoli presentati, individuerà il candidato maggiormente idoneo all'espletamento dell'incarico.

La Commissione, in fase di valutazione comparativa dei curricula, stabilirà di convocare o meno i candidati ai fini di un eventuale colloquio di approfondimento in merito alle loro conoscenze e competenze specifiche. La convocazione all'eventuale colloquio avverrà con comunicazione inviata al recapito (PEC) evidenziato nella domanda di partecipazione, con preavviso di almeno 5 (cinque) giorni lavorativi.

#### **DOMANDA DI AMMISSIONE**

Per l'ammissione alla selezione i candidati Borsisti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

##### **Requisiti specifici richiesti ai candidati**

1. Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria

##### **Alla domanda dovranno essere obbligatoriamente allegati:**

1. un curriculum formativo e professionale, datato e firmato, da cui si evinca la capacità di svolgere le attività oggetto della borsa di studio
2. la fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**la domanda dovrà essere datata e firmata a pena di esclusione**

Detti requisiti dovranno essere posseduti dai candidati entro la data di scadenza della presente indizione di una selezione per Borsa di Studio.

La Borsa di Studio non costituisce rapporto d'impiego dipendente, né pubblico né privato e lo svolgimento dell'attività relativa **non è compatibile né cumulabile** con:

1. qualsiasi rapporto di lavoro autonomo o subordinato
2. con l'essere dipendente di una Pubblica Amministrazione, salvo che sia stata rilasciata la previa autorizzazione dell'amministrazione di appartenenza e l'interessato sia collocato in aspettativa senza assegni;
3. altra Borsa di Studio contemporanea presso l'Azienda;
4. i periodi di tirocinio per l'ammissione ad Esami di Stato ;
5. la frequenza di Dottorato di ricerca universitario con assegni ;
6. l'attività di Medico in rapporto di convenzione con il SSN.

La Borsa di Studio non dà luogo a trattamenti previdenziali né a valutazioni giuridiche ed economiche ai fini di carriera né a diritto alcuno per la costituzione di un rapporto di lavoro.

La presentazione della domanda di partecipazione comporta l'accettazione delle condizioni riportate nel presente avviso e nello specifico Regolamento Aziendale disponibile sul sito [www.scamilloforlanini.rm.it](http://www.scamilloforlanini.rm.it)

La domanda, compilata **esclusivamente** secondo lo schema che verrà successivamente allegato al presente bando, e la relativa documentazione, dovrà essere inviata entro il quindicesimo giorno dalla data di pubblicazione del presente bando e dovrà essere indirizzata:

Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini  
Circonvallazione Gianicolense 87 - 00152 Roma

mediante una delle seguenti modalità:

- consegnata direttamente in busta chiusa, che dovrà riportare la dicitura del mittente e il titolo della Borsa di Studio, al Protocollo Generale dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo- Forlanini dalle ore 8,30 alle ore 13,00 dal lunedì al venerdì;
- spedita entro il termine indicato all'Azienda a mezzo del servizio postale con lettera raccomandata, riportante sulla busta la dicitura del mittente e il titolo della Borsa di Studio, a tal fine fanno fede il timbro e la data dell'ufficio postale accettante;
- inviata, utilizzando la propria posta certificata (PEC) all'indirizzo [protocollo\\_ao\\_scf@pec.it](mailto:protocollo_ao_scf@pec.it) (con allegati raccolti in un unico file formato PDF).

La data di spedizione è comprovata dal timbro dell'ufficio postale accettante ovvero dal riscontro elettronico di invio della P.E.C.

Si precisa, peraltro, che in caso di spedizione mediante raccomandata A.R. ai fini dell'ammissione, verranno prese in considerazione esclusivamente le domande pervenute in Azienda entro e non oltre il 5° giorno lavorativo successivo alla scadenza del presente bando.

**Si ricorda che:**

1. il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e nei casi più gravi il giudice può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici.
2. i dipendenti pubblici che intendano partecipare alla presente borsa di studio è estesa la possibilità di chiedere il collocamento in congedo straordinario per motivi di studio senza assegni, prevista dall'art. 2 della legge del 13 agosto 1984 n. 476.
3. La Borsa di Studio non dà luogo in alcun modo all'instaurazione di rapporti di impiego o di prestazioni professionali con l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini.

L'Azienda si impegna a rispettare la riservatezza delle informazioni fornite dai candidati; i dati personali forniti dai medesimi saranno raccolti e trattati presso la UOC Affari Istituzionali per le finalità di gestione della presente procedura.

La concessione di tali dati è obbligatoria ai fini della partecipazione alla presente procedura valutativa, pena esclusione della medesima.

Nella domanda di partecipazione il candidato dovrà esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

**PROCEDURA DI VALUTAZIONE**

La valutazione dei titoli verrà effettuata secondo le modalità stabilite dal D.P.R. 10/12/1997 n. 483.

La graduatoria di merito è stilata dalla Commissione esaminatrice sulla base del punteggio complessivo riportato dai candidati; in caso di parità si applicano i titoli di preferenza di cui all'art. 5 comma 4 del DPR 09/05/1994 n. 487 e s.m.i.

La graduatoria degli idonei è utilizzata dall'Amministrazione esclusivamente nell'ipotesi di rinuncia o decadenza da parte del vincitore della Borsa di Studio.

Per informazioni è possibile rivolgersi alla UOC Affari Istituzionali dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini – Roma, Tel. 0655552396.

**IL DIRETTORE GENERALE F.F.**

*(D.ssa Francesca Milito)*



**Al Direttore Generale dell'Azienda  
Ospedaliera S. Camillo - Forlanini  
Circonvallazione Gianicolense 87  
00152 ROMA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

COGNOME	
NOME	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
CODICE FISCALE	

Presa visione dell'avviso specifico chiede di essere ammesso/a alla procedura di valutazione comparativa per il conferimento della borsa di studio relativa all'assegnazione di una borsa di studio dal titolo: "Trattamento delle Sindromi Respiratorie del Sonno (Osas) Implementazione del percorso diagnostico-terapeutico Odontoiatrico-Prechirurgico" da svolgersi presso la UOC di Maxillo Facciale.

Dichiara a tal fine, sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole di quanto prescritto nell'art 76 del D.P.R 28/12/00 n. 445 e sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni indicate nella presente istanza e nell'allegato curriculum vitae

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o altra condizione ad essa equiparabile in termini di legge
- di godere dei diritti civili e politici
- di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:

---

---

---

- di non essersi reso responsabile di gravi violazioni dei doveri inerenti la propria professione;
- di non essersi reso responsabile di gravi negligenze, ritardi o inadempimenti, debitamente contestati ed accertati, in precedenti incarichi conferiti dall'amministrazione o da altre PP.AA.
- Di non avere a proprio carico sentenze definitive o non definitive di condanna per taluno dei reati che comporterebbero rispettivamente l'estinzione o la sospensione del rapporto di lavoro o di impiego per il dipendente di amministrazioni o enti pubblici ai sensi della normativa vigente;

- di non avere a proprio carico sentenze definitive di condanna che determinano incapacità a contrattare con la pubblica amministrazione ai sensi delle normative vigenti
- di non essere a conoscenza di procedimenti penali in corso a suo carico;
- di non trovarsi in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi con l'Amministrazione;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità di gestione della presente procedura valutativa così come esplicitate nel bando di riferimento;

L'indirizzo – con l'impegno di comunicare ogni eventuale variazione - al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente bando è il seguente:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

ovvero

Autorizza l'Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini Roma a trasmettergli ogni eventuale comunicazione inerente la presente procedura al seguente indirizzo di posta elettronica ordinaria o p.e.c.

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

(scrivere in modo leggibile e chiaro)

allega alla presente

- un curriculum formativo e professionale datato e firmato
- fotocopia di un documento d'identità valido.

Luogo e data \_\_\_\_\_

(firma per esteso leggibile) \_\_\_\_\_