



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

TERMINE PRESENTAZIONE DOMANDE: 16/10/2015

Allegato A) alla determinazione n. 1096 del 21/9/2015

BANDO DI PUBBLICA SELEZIONE PER TITOLI E PROVA ORALE PER N. 1 BORSA DI STUDIO SEMESTRALE DAL TITOLO "Monitoraggio dell'appropriatezza d'uso dei farmaci sottoposti ad obbligo di registro A.I.F.A." DA ASSEGNARE A CANDIDATI LAUREATI IN FARMACIA O C.T.F.

Il Direttore SOC Affari Generali della A.S.L. VCO in esecuzione della Determinazione n. 1096 del 21/9/2015

RENDE NOTO

che è indetta pubblica selezione per titoli e prova orale per il conferimento di n. 1 borsa di studio semestrale (30 ore settimanali) finalizzata alla realizzazione di un progetto dal titolo "Monitoraggio dell'appropriatezza d'uso dei farmaci sottoposti ad obbligo di registro A.I.F.A." per candidati laureati in Farmacia o C.T.F. ..

La borsa di studio, dell'importo onnicomprensivo di €. 7.665,00 lordi, non è cumulabile con altre, con assegni e sovvenzioni di analoga natura, né con stipendio o retribuzioni di altra natura derivanti da rapporti di impiego pubblico o privato.

L'importo della borsa di studio verrà corrisposto al vincitore in rate mensili posticipate a far tempo dalla data di decorrenza della borsa stessa, dietro presentazione di dichiarazione rilasciata dal responsabile del progetto, Dott.ssa Laura Poggi – Direttore della S.O.C. Farmacia.

Il conferimento della borsa di studio non dà luogo alla instaurazione di alcun rapporto di lavoro con la A.S.L. VCO.

Requisiti richiesti:

- Laurea in Farmacia o C.T.F.

I suddetti requisiti debbono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di partecipazione.

Titoli e prova d'esame

- Apposita commissione, nominata con atto del Direttore della S.O.C. Farmacia, provvederà alla valutazione dei titoli ed alla prova di selezione, consistente in un colloquio attinente alle attività oggetto della borsa di studio.

Termine di presentazione delle domande

Le domande di ammissione, redatte in carta libera in conformità allo schema allegato al presente bando (All. 1), firmate in originale e corredate da fotocopia del documento di





A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

identità, andranno indirizzate al Direttore SOC Farmacia della ASL VCO e dovranno essere presentate in uno dei seguenti modi:

- consegna a mano direttamente all'ufficio protocollo della ASL (Via Mazzini n. 117 – 3° piano Palazzo Beltrami - Omegna – VB - orario continuato dal lunedì al venerdì 08.00-16.00);
- spedizione a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata all'Ufficio Protocollo presso la sede legale dell'Azienda in Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna VB;
- invio telematico da un indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: protocollo@pec.aslvco.it ;

Le domande dovranno pervenire nel termine perentorio di 15 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte. Qualora la scadenza coincida con un giorno festivo, il termine di presentazione si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Non si terrà conto delle domande che, per qualsiasi causa, perverranno all'Azienda in data successiva al termine di scadenza, anche se inoltrate a mezzo del servizio postale: non farà fede il timbro postale.

L'Azienda declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersioni di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente, da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, da eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito e forza maggiore.

Documentazione da allegare alla domanda

Alla domanda di partecipazione alla selezione i candidati dovranno allegare tutta la documentazione e le certificazioni relative ai titoli che ritengano opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria, ivi compreso un curriculum formativo e professionale redatto su carta libera, datato, firmato e debitamente documentato.

Alla domanda deve essere altresì allegato un elenco dei documenti e dei titoli presentati.

Le certificazioni dovranno essere prodotte in originale o in copia autenticata, ovvero autocertificate nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente. (Fac simile: All. 2 al presente bando).

L'Amministrazione, a norma dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, si riserva la facoltà di verificare quanto dichiarato e prodotto dal candidato. Chiunque rilasci dichiarazioni non veritiere è punito ai sensi del codice penale e decade dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

La mancata sottoscrizione della domanda o la omessa indicazione dei requisiti richiesti determina l'esclusione dalla selezione.

In conformità al D.lgs. n. 196/2003 i dati forniti dai candidati saranno raccolti dall'Azienda e gestiti dalla SOC Farmacia per le finalità del presente avviso.





A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Graduatoria idonei e adempimenti del vincitore della borsa di studio

La Commissione esaminatrice, valutati i titoli e l'esito del colloquio stilerà una graduatoria dei candidati giudicati idonei ed assegnerà la borsa di studio al primo classificato. Nell'ambito dei titoli sarà tenuto in considerazione il conseguimento di specializzazione universitaria in Farmacia Ospedaliera o equipollenti o affini.

La ASL VCO si riserva la facoltà di utilizzare la graduatoria per l'assegnazione della borsa di studio di cui al presente avviso nel caso in cui:

- l'assegnatario della borsa di studio dichiarato decaduto, con motivato provvedimento, dal godimento ulteriore della borsa qualora, dopo aver iniziato l'attività non la prosegua senza giustificato motivo, regolarmente ed ininterrottamente per l'intera durata della borsa stessa, oppure si renda responsabile di gravi e ripetute mancanze o, infine, dia prova di non possedere sufficiente attitudine alle attività suddette;
- per rinuncia espressa del vincitore entro il termine stabilito, o ancora per rinuncia successiva all'assunzione dell'incarico;
- siano disponibili ulteriori fondi per lo stesso progetto utili sia per il proseguimento del progetto stesso sia per nuove borse di studio.

Il candidato dichiarato vincitore della borsa di studio sarà invitato a presentare a pena di decadenza, nel termine di 15 gg. dalla data del relativo invito i seguenti documenti:

a) Dichiarazione di accettazione senza riserve della borsa medesima alle condizioni comunicate. Con detta dichiarazione l'assegnatario dovrà inoltre dare esplicita assicurazione sotto la propria personale responsabilità che non usufruirà durante tutto il periodo di durata della borsa, di altre borse di studio né di altri analoghi assegni o sovvenzioni e che non percepisce stipendi e retribuzioni di qualsiasi natura derivanti da rapporti di impiego pubblico o privato;

b) Iscrizione all'ordine dei Farmacisti.

c) Fotocopia codice fiscale.

L'assegnatario della borsa di studio ha l'obbligo:

a) Di iniziare puntualmente alla data di decorrenza presso la struttura interessata l'attività in programma pena la decadenza della nomina, salvo che provi l'esistenza di legittimo impedimento;

b) Di continuare l'attività regolarmente ed ininterrottamente per l'intero periodo di durata della borsa; possono essere ammessi ritardi ed interruzioni della borsa di studio solo per gravi impedimenti o malattia debitamente giustificati; se tali impedimenti o malattia si protraggono per più di un mese, la borsa di studio è soggetta a sospensione fino alla data di ripresa del servizio;

c) Di rispettare gli obblighi di legge vigenti in materia di riservatezza di cui al D.lgs. n. 196/2003;





A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

- d) Di osservare tutte le norme interne e le disposizioni impartite dal responsabile della borsa di studio;
- e) Di provvedere alla stipula di una assicurazione contro per la responsabilità civile nei confronti di persone e cose dell'Azienda Sanitaria Locale VCO.

Disposizioni finali

L'Amministrazione della A.S.L. VCO si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare o modificare il presente bando o parte di esso, qualora ne rilevasse l'opportunità o la necessità a suo insindacabile giudizio.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla S.O.C. Farmacia al seguente numero: 0323/868323.

Per visualizzare e stampare il presente bando è possibile collegarsi all'indirizzo web della ASL VCO www.aslvco.it , sezione "Concorsi e Selezioni" - "Borse di Studio".

Il Direttore SOC AFFARI GENERALI
Responsabile del Procedimento
D.ssa Anna Rosa BELLOTTI



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

ALLEGATO 1)

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA

Al Direttore SOC Farmacia
Azienda Sanitaria Locale VCO
Via Mazzini, 117
28887 OMEGNA

Il/la sottoscritt _____ chiede di poter partecipare al BANDO DI PUBBLICA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 BORSA DI STUDIO SEMESTRALE PER CANDIDATI LAUREATI IN FARMACIA O C.T.F. PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO DAL TITOLO "Monitoraggio dell'appropriatezza d'uso dei farmaci sottoposti ad obbligo di registro A.I.F.A."

All'uopo dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____;
- b) di risiedere a _____ prov. _____ via _____;
- c) di essere cittadino/a italiano/a (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana _____);
- d) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero i motivi della non iscrizione e della cancellazione delle liste medesime);
- e) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- f) di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- g) di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione: Laurea in Farmacia o C.T.F. (indicare l'esatta e completa dicitura della Laurea, la data e l'Università presso la quale è stata conseguita e la relativa votazione);
- h) di aver prestato i seguenti servizi presso la Pubblica Amministrazione e le eventuali cause di cessazione. (In caso negativo dichiararlo espressamente);
- i) di autorizzare l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura concorsuale e come indicato nel relativo bando;
- l) che il domicilio presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative all'avviso é: _____ (indicare anche numero di telefono ed indirizzo e.mail).

Data _____

Firma _____





A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.54111 0324.49111 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

All. 2)

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(artt. 19 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la mia responsabilità

Dichiaro

Che le copie dei seguenti documenti, allegate alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali

Letto, confermato e sottoscritto

Data _____ Il dichiarante _____

N.B.

Allegare copia fotostatica (non autenticata) di un documento di identità.

TERMINE PRESENTAZIONE DOMANDE: 16/10/2015