



**REGIONE DEL VENETO  
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

Prot. n. 42589 del 20 LUG 2010  
Tit. IV Cl. 18.3

**SCADENZA DEL BANDO  
03/08/2010**

**AVVISO DI SELEZIONE**

**per l'assegnazione di una borsa di studio a favore di candidati in possesso della "Laurea triennale in Logopedia", della durata di 12 mesi, rinnovabili, al fine di garantire, nell'ambito dell'Unità Operativa di ORL-Otochirurgia e dell'Unità Operativa di Chirurgia Endoscopica delle Vie Aeree, la realizzazione di un progetto finalizzato allo studio della video-analisi dei bambini con impianto cocleare.**

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 667 del 06.07.2009 con cui è stato adottato il Regolamento aziendale per la gestione dei progetti finanziati con fondi a specifica destinazione e per il reclutamento delle risorse umane a contratto e, preso atto della nota del Responsabile di progetto, è indetto un avviso di selezione, per titoli e colloquio, per l'assegnazione di una borsa di studio, della durata di 12 mesi, rinnovabili, dell'ammontare lordo onnicomprensivo di € 14.000,00 da finanziarsi mediante un contributo liberale messo a disposizione dalla Cochlear Italia.

**REQUISITI D'AMMISSIONE**

I candidati alla data di presentazione della domanda di ammissione al presente avviso, dovranno possedere i seguenti requisiti:

- a) cittadinanza italiana o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- b) idoneità fisica all'impiego;
- c) non possono essere incaricati coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo e coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso la Pubblica Amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

## **AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

### **REQUISITI SPECIFICI**

- Laurea triennale in Logopedia.

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di partecipazione al presente avviso. Il difetto di anche uno solo di tali requisiti comporta la non ammissione alla selezione.

### **REQUISITI PREFERENZIALI**

- Pubblicazioni inerenti il tema di ricerca;
- partecipazione a congressi sul tema di ricerca;
- esperienza professionale presso Reparti audiologici pediatrici o di impianto cocleare.

### **PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

La domanda di partecipazione, redatta in carta semplice secondo l'allegato schema, datata, firmata, contenente un curriculum in duplice copia (preferibilmente in formato europeo), deve pervenire o mediante consegna a mano o mediante invio per posta entro il giorno stabilito nell'avviso, all'Ufficio Protocollo dell'Azienda Ospedaliera di Padova – via E. degli Scrovegni n. 14 – 35131 Padova.

In caso di domande spedite a mezzo raccomandata farà fede il timbro dell'Ufficio Postale accettante.

Qualora il termine di cui sopra cada in un giorno festivo, lo stesso è prorogato al primo giorno successivo non festivo. Non verranno accettate domande spedite a mezzo posta elettronica o per fax.

La busta contenente la domanda e la documentazione dovrà riportare sul frontespizio la denominazione del presente bando e la data di scadenza.

L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del candidato, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'Amministrazione stessa.

Le domande presentate a mano devono essere consegnate all'Ufficio Protocollo di questa Azienda Ospedaliera – Via E. degli Scrovegni n. 14 – Padova, dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dal lunedì al giovedì dalle ore 15.00 alle ore 17.00.

Nel presentare la domanda di partecipazione contenente il curriculum, in duplice copia, il candidato, a conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

- 1) il cognome ed il nome, la data ed il luogo di nascita, la residenza;
- 2) lo stato civile ed il numero di figli a carico;
- 3) il codice fiscale;

## **AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

- 4) il possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
- 5) il Comune di iscrizione nelle liste elettorali ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle medesime;
- 6) la posizione nei riguardi degli obblighi militari;
- 7) l'aver o il non aver riportato condanne penali;
- 8) di non essere dipendente pubblico;
- 9) di non essere incorso nella destituzione, nella dispensa o decadenza o licenziamento da precedente impiego presso una Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 127 lett. a) del D.P.R. n. 3/1957.
- 10) i titoli di studio requisiti specifici di ammissione con l'indicazione della data di conseguimento, la sede e denominazione completa dell'Istituto o degli Istituti in cui i titoli sono stati conseguiti;
- 11) le ulteriori attività svolte (professionali e/o didattiche indicando precisamente il tipo di attività, la sede di espletamento completa nonché la data di inizio e di cessazione del rapporto);
- 12) l'eventuale appartenenza ad una categoria protetta specificando quale;
- 13) il domicilio presso il quale devono essere inviate le comunicazioni, nonché l'eventuale recapito telefonico: in caso di mancata indicazione le comunicazioni verranno inviate al luogo di residenza;
- 14) di accettare tutte le indicazioni dell'avviso e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione nel rispetto del D. L.vo. n. 196 del 30.06.2003 e ss.mm.ii.

La firma in calce alla domanda non dev'essere autenticata.

La mancata sottoscrizione della domanda costituisce motivo di esclusione.

La domanda ed i documenti allegati non sono soggetti ad imposta di bollo (art. 19 Legge n. 28 del 18.02.1999).

Il candidato ha l'obbligo di comunicare, con nota datata e sottoscritta, le eventuali successive variazioni di indirizzo e/o recapito.

### **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

Alla domanda di partecipazione all'avviso i candidati devono allegare un curriculum in duplice copia, datato e firmato, contenente in particolare:

- 1) le certificazioni atte a comprovare i requisiti specifici di ammissione in originale, copia autentica o copia semplice (in questo caso è necessaria la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale della copia); in alternativa è possibile presentare una dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 445/2000 secondo l'allegato modulo di partecipazione purché con le indicazioni ivi contenute siano precise;
- 2) un elenco dei documenti presentati;
- 3) fotocopia codice fiscale;
- 4) fotocopia documento di identità se siano rilasciate autocertificazioni di cui al punto 1).

## **AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

1).

### **VALUTAZIONE DELLA CANDIDATURE**

Le candidature pervenute saranno valutate da un'apposita Commissione, nominata dal Direttore della Struttura Complessa Interaziendale Marketing e Sviluppo e composta dal Responsabile di progetto in qualità di Presidente e da altri due componenti scelti fra i dipendenti dell'Azienda Ospedaliera e gli universitari convenzionati.

La Struttura Complessa Interaziendale Marketing e Sviluppo curerà le funzioni di segreteria inerenti l'attività della Commissione.

La valutazione sarà effettuata per titoli e colloquio ed i candidati saranno convocati, con comunicazione tramite posta elettronica, con almeno 5 giorni d'anticipo.

In caso di candidati stranieri si dovrà, altresì, procedere alla verifica dell'adeguata padronanza della lingua italiana in relazione alle funzioni da svolgere.

Al termine della valutazione dei candidati la Commissione predisporrà un verbale motivato contenente la graduatoria finale dei candidati esaminati.

La suddetta graduatoria, oltre che per la nomina del vincitore potrà essere utilizzata esclusivamente nell'ambito del medesimo progetto per l'affidamento di nuove borse di studio che si rendano successivamente necessarie e per eventuali sostituzioni di borsisti dimissionari dello stesso profilo professionale.

Il nominativo del candidato vincitore verrà pubblicato sul sito web aziendale. Tale pubblicazione vale a tutti gli effetti come avvenuta comunicazione, anche nei confronti dei candidati idonei.

### **DISPOSIZIONI VARIE**

Il borsista che non ottemperi a quanto previsto dal presente avviso di selezione e che si renda comunque responsabile di gravi mancanze o che non dia prova di possedere sufficiente attitudine allo svolgimento delle attività connesse alla borsa di studio sarà dichiarato decaduto dalla fruizione della borsa medesima con provvedimento del Direttore Generale, su proposta motivata del Responsabile di progetto.

Il borsista è tenuto a mantenere la massima riservatezza relativamente a tutte le informazioni ed ai dati clinici e tecnici appresi durante lo svolgimento delle attività inerenti la borsa di studio, ai sensi della normativa vigente.

E' riservata a questa Amministrazione la facoltà di verificare, anche a campione, quanto dichiarato e prodotto dal candidato. Qualora dal controllo emerga la non veridicità di quanto dichiarato o prodotto, il candidato decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci.

Ai sensi dell'art. 13, comma 1, del D.L.vo n. 196 del 30.06.2003 e ss.mm.ii. i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Ospedaliera di Padova – Struttura Complessa Interaziendale Marketing e Sviluppo per le finalità inerenti la

## **AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Sono garantite le pari opportunità tra uomo e donna ai sensi della legge n. 125 del 10.4.1991.

Si precisa che con l'assegnazione della borsa di studio non si dà luogo ad alcun rapporto di lavoro subordinato.

### **COPERTURA ASSICURATIVA**

L'Azienda Ospedaliera di Padova garantirà la copertura assicurativa per la responsabilità civile connessa all'attività svolta nell'ambito della borsa di studio.

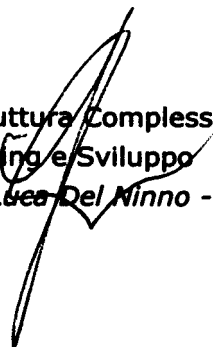
Sarà a carico del candidato vincitore la copertura assicurativa contro gli infortuni e per malattie professionali.

### **PUBBLICAZIONE DEL BANDO E STRUTTURA DI RIFERIMENTO**

Il presente bando verrà pubblicato all'Albo dell'Azienda Ospedaliera di Padova e nel sito web aziendale [www.sanita.padova.it](http://www.sanita.padova.it).

Per informazioni, i candidati potranno rivolgersi all'Ufficio Collaborazioni professionali e Progetti Speciali della Struttura Complessa Interaziendale Marketing e Sviluppo di questa Azienda Ospedaliera (tel. 049/8211562-50).

Per il Direttore della Struttura Complessa Interaziendale  
Marketing e Sviluppo  
- Dott. Luca Del Ninno -



**AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

Al Direttore Generale  
dell'AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA  
Via Giustiniani, n. 1

35128 PADOVA

Il/La sottoscritto/a .....  
chiede di essere ammesso/a all'avviso di selezione, per titoli e colloquio, prot. n..... del  
..... per assegnazione di una borsa di studio, della durata di 12 mesi, rinnovabili,  
destinata a candidati in possesso della "Laurea triennale in Logopedia", dell'ammontare  
lordo di € 14.000,00 compresi gli oneri di legge, al fine di garantire, nell'ambito dell'Unità  
Operativa di ORL-Otochirurgia e dell'Unità Operativa di Chirurgia Endoscopica delle Vie  
Aeree, la realizzazione di un progetto finalizzato allo studio della video-analisi dei  
bambini con impianto cocleare.

Ai sensi e per gli effetti previsti dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000,  
presenta il curriculum allegato in duplice copia e

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del  
D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in caso di dichiarazioni non veritiere:

- di essere nato/a a .....il.....
- di risiedere attualmente a .....cap.....
- in via .....n. ....
- di essere di stato civile: .....(figli n. ....);
- il Codice Fiscale è il seguente .....
- di essere cittadino italiano (o indicare la diversa cittadinanza).....;
- di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ..... (1);
- di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari:.....  
.....
- di avere/non avere riportato condanne penali .....(2);
- di non essere dipendente pubblico;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:  
.....  
conseguito in data .....presso .....  
indirizzo .....
- di essere in possesso della specializzazione in .....  
conseguita in data .....presso .....  
e della durata di .....
- di essere iscritto al n. .... dell'Albo dell'Ordine/Collegio dei .....  
.....della Provincia/Regione .....
- a decorrere dal .....
- di possedere i seguenti ulteriori titoli: .....  
.....  
.....

**AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

- di avere svolto le seguenti ulteriori attività professionali (3):.....  
.....  
.....
- di conoscere la seguente lingua straniera .....
- di appartenere/non appartenere alla categoria ex Legge n. 68/1999: art. 1/art. 18;
- di non essere stato dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di accettare tutte le indicazioni del bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura e degli adempimenti conseguenti;
- di dare atto che quanto dichiarato nel curriculum vitae corrisponde al vero;
- che le copie dei seguenti documenti allegati sono conformi all'originale in mio possesso:
  1. ....
  2. ....
  3. ....
- **di prendere atto che l'assegnazione della borsa di studio non comporta l'instaurazione di alcun rapporto di lavoro con l'Azienda Ospedaliera di Padova.**

**A tal fine allega la fotocopia del seguente documento d'identità in corso di validità: .....n. ....rilasciato da .....  
(senza tale fotocopia la dichiarazione non ha valore).**

Chiede infine che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo:

Sig. ....  
Via .....  
Comune ..... Provincia ..... C.A.P. ....  
Tel. .... Cell. .... Indirizzo mail .....

Data .....  
.....  
*(firma del candidato)*

*(1) in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.  
(2) in caso affermativo specificare quali condanne.  
(3) in caso affermativo, specificare il tipo di attività, la sede di espletamento completa, nonché la data di inizio e cessazione e del rapporto e l'indirizzo dell'Istituto.*