



**UNIMORE**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI  
MODENA E REGGIO EMILIA

Dipartimento Chirurgico, Medico,  
Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche

Sede  
Via del Pozzo, 71 - 41124 - Modena, Italia

[www.unimore.it](http://www.unimore.it)  
[www.chimomo.unimore.it](http://www.chimomo.unimore.it)

Modena, il 22.03.2016

Prot. N° 612

(Avviso al personale pubblicato in data **24.03.2016**)

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO CHIRURGICO, MEDICO, ODONTOIATRICO E DI SCIENZE MORFOLOGICHE  
CON INTERESSE TRAPIANTOLOGICO, ONCOLOGICO E DI MEDICINA RIGENERATIVA

VISTO il DPR 22 dicembre 1986 n. 917;  
VISTA la legge 9 maggio 1989, n. 168;  
VISTO il Decreto legislativo 30 marzo 2001 n.165, in particolare l'art. 7;  
VISTO il vigente regolamento disciplinante la procedura selettiva pubblica per il conferimento di incarichi di collaborazione;  
VISTO che il Dipartimento deve sopperire ad esigenze particolari, temporanee e contingenti del Progetto **"Supporto tecnico ad attività didattica del Master in Riabilitazione Infantile e Metodologia della Ricerca"**;  
VISTO che il Dipartimento ritiene necessario avvalersi di una figura particolarmente esperta nell'ambito del suddetto Progetto;  
VISTO che in relazione a quanto previsto dalla circolare del Direttore Generale prot. nr. 25223 del 15.12.2015 occorre verificare la presenza all'interno dell'Università, della professionalità richiesta dalle esigenze di cui sopra;  
VISTA la delibera del Consiglio di Dipartimento del **04.03.2016**;  
RITENUTO opportuno provvedere

E M A N A  
*Art. Unico*

E' indetta una procedura di interpello per curriculum vitae per l'attribuzione di un incarico interno inerente lo svolgimento di attività di particolare e specifica rilevanza all'interno del Progetto **"Supporto tecnico ad attività didattica del Master in Riabilitazione Infantile e Metodologia della Ricerca"**.

N. posti	SEDE	PROFESSIONALITÀ
1	DIPARTIMENTO Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche con interesse Trapiantologico, Oncologico e di Medicina Rigenerativa	Il candidato dovrà possedere le seguenti conoscenze e competenze specifiche: Esperienza nella riabilitazione infantile <b>Per lo svolgimento dei seguenti compiti:</b> Supporto all'attività didattica del Master in "Riabilitazione Infantile e Metodologia della Ricerca": tutorato d'aula con gli studenti, pianificazione delle docenze e delle lezioni, organizzazione dei moduli didattici, supporto all'attività didattica

**Requisiti richiesti per la partecipazione alla selezione:**

- appartenenza ai ruoli dell'amministrazione;
- diploma di laurea:
  - diploma di laurea v.o in Medicina e Chirurgia, ovvero laurea specialistica o magistrale appartenente alle seguenti classi 46/S, LM-41;
  - laurea specialistica o magistrale appartenente alle seguenti classi SNT/02/S, LM/SNT2; ovvero laurea (triennale) appartenente alla classe L/SNT2, SNT/02 più Master universitario o Diploma di specializzazione universitaria

- nulla osta da parte del responsabile della struttura di appartenenza ( a pena di esclusione)

### **Selezione delle candidature**

La selezione avverrà, sulla base dei titoli e delle esperienze maturate dai candidati/e desumibili dai curricula presentati, a cura di una commissione appositamente nominata con atto del Direttore del Dipartimento.

La commissione esaminatrice formulerà un giudizio sintetico sui curricula dei candidati in possesso dei requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura selettiva.

In caso di parità di giudizio, al termine della valutazione dei curricula, sarà preferito il candidato più giovane di età.

Il giudizio della Commissione è insindacabile nel merito.

### **Natura e durata dell'incarico**

L'incarico verrà conferito con provvedimento del **Direttore del Dipartimento Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche con interesse Trapiantologico, Oncologico e di Medicina Rigenerativa** presumibilmente dal **Maggio 2016 al Maggio 2017 per 365 giorni / un anno.**

### **Compenso**

Ai sensi della circolare del Direttore Generale del 15.12.2015 prot. n. 25223 non è previsto alcun compenso per lo svolgimento della succitata attività.

### **Modalità e termini per la presentazione della domanda**

La domanda di ammissione alla procedura, redatta in carta semplice, utilizzando il modulo contenuto nell'allegato 1), sottoscritta e indirizzata al Direttore del DIPARTIMENTO Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche con interesse Trapiantologico, Oncologico e di Medicina Rigenerativa, Via del Pozzo, 71 - Modena - 41125 deve essere presentata direttamente o a mezzo e-mail al seguente indirizzo [segreteria.chimomo@unimore.it](mailto:segreteria.chimomo@unimore.it) ovvero a mezzo fax al n. 059 422 3609 entro e non oltre il **31.03.2016 ore 12.00.** Non verranno presi in considerazione domande, **documenti o titoli pervenuti dopo il suddetto termine.**

**Le domande dovranno essere corredate da fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.**

### **Documentazione da allegare**

Alla domanda dovrà essere allegato un curriculum formativo e professionale da cui si evinca il possesso dei requisiti richiesti e in particolare dovrà contenere informazioni dettagliate relative a :

- dati anagrafici;
- breve descrizione del profilo professionale;
- titolo di studio con relativa dichiarazione circa gli esami sostenuti;
- frequenza ad attività formative;
- esperienze lavorative attinenti all'incarico da ricoprire;
- titoli ritenuti idonei ai fini del conferimento dell'incarico in oggetto.

Il curriculum dovrà essere presentato in forma di autocertificazione e dovrà pertanto contenere, prima della sottoscrizione dello stesso, a pena di mancata valutazione, la seguente dicitura " Quanto dichiarato nel presente curriculum vitae corrisponde al vero ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000".

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 5 della legge 7 agosto 1990, n. 241, il responsabile del procedimento di cui al presente bando è il Direttore del Dipartimento, prof. Giampaolo Bianchi - DIPARTIMENTO Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche con interesse Trapiantologico, Oncologico e di Medicina Rigenerativa, Via del Pozzo, 71\_ - 41125 Modena, telefono 059 422 4461

### **Organo competente all'affidamento dell'incarico**

Il Direttore del Dipartimento Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche con interesse Trapiantologico, Oncologico e di Medicina Rigenerativa provvederà all'affidamento dell'incarico.

Il Dipartimento Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche con interesse Trapiantologico, Oncologico e di Medicina Rigenerativa si riserva, a suo insindacabile giudizio, di non procedere al conferimento di nessun incarico in riferimento all'oggetto del presente avviso.

Il Direttore del Dipartimento di Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze  
Morfologiche con interesse Trapiantologico, Oncologico e di Medicina  
Rigenerativa  
(Prof. Giampaolo Bianchi)



**UNIMORE**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI  
MODENA E REGGIO EMILIA

Dipartimento Chirurgico, Medico,  
Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche

Sede  
Via del Pozzo, 71 - 41124 - Modena, Italia

[www.unimore.it](http://www.unimore.it)  
[www.chimomo.unimore.it](http://www.chimomo.unimore.it)

**Allegato n. 1 al prot. n. 612 del 22.03.2016**

**DOMANDA- CURRICULUM VITAE**  
(schema esemplificativo)

Al DIRETTORE DEL Dipartimento Chirurgico, Medico, Odontoiatrico  
e di Scienze Morfologiche con interesse Trapiantologico,  
Oncologico e di Medicina Rigenerativa  
dell'Università di Modena e Reggio Emilia  
Via del Pozzo, 71  
41125 MODENA

Il sottoscritto chiede di essere ammesso a partecipare alla procedura di interpello, per curriculum vitae, per l'attribuzione di un incarico inerente lo svolgimento di attività di particolare e specifica rilevanza all'interno del Progetto " \_\_\_\_\_ " come da avviso emesso in data \_\_\_\_\_.

**A tal fine, cosciente delle responsabilità anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere dichiara:**

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

PROV

Categoria e Area di

**Di essere in possesso del requisito richiesto per la partecipazione alla procedura selettiva ovvero:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

**Di essere in possesso di particolare qualificazione professionale comprovata da concrete esperienze di lavoro o dalle capacità professionali dimostrate e dai risultati conseguiti nello svolgimento delle precedenti attività lavorative svolte in relazione all'incarico da conferire.**

RECAPITO CUI INDIRIZZARE LE COMUNICAZIONI RELATIVE ALLA SELEZIONE:

**INDIRIZZO MAIL CUI INVIARE LE COMUNICAZIONI RELATIVE ALLA SELEZIONE**

\_\_\_\_\_

Allega alla domanda: curriculum vitae , \_\_\_\_\_

- Allega nulla osta da parte del responsabile della struttura di appartenenza

Il sottoscritto dichiara che quanto indicato nella presente domanda corrisponde al vero ai sensi dell'art.46 e 47 D.P.R. 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma (a)

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati e diffusi nel rispetto del D.lgs n.196/03, per gli adempimenti connessi alla presente procedura anche relativamente all'eventuale pubblicazione degli elenchi dei candidati e valutazione finale della commissione approvata dall'organo competente.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

a) La firma è obbligatoria, pena la nullità della domanda.