



**Università
degli Studi
di Ferrara**

**Dipartimento
di Morfologia, Chirurgia
e Medicina Sperimentale**

Università degli Studi di Ferrara
Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina sperimentale
Via Luigi Borsari, 46 - 44121 Ferrara
Telefono: 0532 - 455752 email: dmcs@unife.it
Partita Iva 00434690384 - Codice Fiscale 80007370382

Dati desumibili dalla registrazione a protocollo: Numero Repertorio, Numero Protocollo, Titolo, Classe, Fascicolo Allegati e Riferimenti

IL DIRETTORE

VISTO il D.Lgs 165/2001 ed in particolare l'art. 7, comma. 6;

VISTA la legge 133/2008;

VISTO l'art. 17, comma 30 della D.L. 1 luglio 2009, n. 78;

il Regolamento per il conferimento di incarichi di prestazione d'opera autonoma dell'Università degli Studi di Ferrara;

VISTA la necessità di conferire un incarico di collaborazione occasionale a carattere individuale, avente ad oggetto "Valutazione dei risultati della chirurgia lamellare della cornea";

l'impossibilità di far fronte alle esigenze sopracitate con il personale in servizio presso il Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina sperimentale;

la delibera della Giunta di Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale del 07/04/2020;

DECRETA

Art. 1

È indetta una procedura comparativa pubblica per soli titoli, per il conferimento di **n. 1** contratto di collaborazione occasionale presso il Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale dell'Università degli Studi di Ferrara avente le seguenti caratteristiche:

Selezione n. 1/2020

<p>Profilo richiesto:</p>	<p><i>Titoli di studio:</i> Laurea in Medicina e Chirurgia prevista dagli ordinamenti didattici previgenti al DM 509/1999, laurea specialistica conseguita ai sensi del DM 509/1999 o laurea magistrale conseguita ai sensi del DM. 270/04 o titolo equipollente se conseguito all'estero Paese estero.</p> <p><i>Esperienze professionali:</i> almeno 3 mesi di esperienza clinica nel campo delle "malattie della cornea ed esterne oculari".</p> <p><i>Competenze richieste:</i> conoscenza delle tecniche chirurgiche di chirurgia lamellare.</p>
<p>Progetto (descrizione dell'attività):</p>	<p><i>Titolo:</i> "Valutazione dei risultati della chirurgia lamellare della cornea"</p> <p><i>Breve descrizione delle attività:</i></p> <p>Tutti i pazienti sottoposti ad intervento di cheratoplastica dal 2005 ad oggi presso Ospedali Privati Forlì andranno valutati retrospettivamente riguardo rifrazione, acuità visiva, topografia corneale, densità endoteliale</p>
<p>Sede di lavoro:</p>	<p>Ospedali Privati Forlì</p>



Durata del contratto:	4 mesi
Compenso onnicomprensivo di ogni onere fiscale e tributario a carico del collaboratore e dell'ente, da liquidarsi al termine della prestazione	5.000,00 euro

Art. 2

Nelle domande i candidati dovranno dichiarare, sotto la propria responsabilità:

- nome e cognome;
- la data ed il luogo di nascita;
- il codice fiscale;
- la propria residenza
- la propria cittadinanza;
- il titolo di studio conseguito;
- il domicilio o recapito, completo del codice di avviamento postale, indirizzo mail o PEC al quale saranno inviate le comunicazioni relative alla presente procedura selettiva.

La domanda di ammissione alla procedura selettiva (redatta in carta libera, secondo l'unito modello, Allegato A) deve essere firmata e presentata direttamente o inviata mediante raccomandata con ricevuta di ritorno, che deve arrivare tassativamente entro la data di scadenza di pubblicazione del bando

Al Direttore del Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale Via Luigi Borsari 46 - 44121FERRARA.

entro il termine perentorio di **15 giorni** a decorrere dal giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente bando all'Albo Ufficiale di Ateneo. Qualora il termine di scadenza indicato cada in giorno festivo, la scadenza è prorogata al primo giorno feriale utile.

Non faranno fede, dell'avvenuta spedizione, timbro e data dell'ufficio Postale.

Saranno altresì ritenute valide le istanze inviate per via telematica all'indirizzo **dmcs@pec.unife.it** effettuate secondo quanto previsto dal Codice dell'amministrazione digitale (D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82, e smi) e se provenienti dall'indirizzo personale PEC del candidato (le istanze pervenute ad **dipscienzechimfarmac@pec.unife.it** da email tradizionali non saranno accolte).

La domanda di ammissione, firmata con firma digitale o con firma autografa scansionata ed accompagnata da copia del documento di identità, dovrà essere trasmessa, unitamente agli allegati, in formato pdf e la dimensione complessiva del file non dovrà superare i 20 MB. Nel caso di file di dimensioni superiori, ogni ulteriore invio (nei termini sopra indicati) dovrà essere corredato di una nota indirizzata al Direttore di Dipartimento contenente le indicazioni necessarie ad individuare la selezione a cui si intende partecipare con relativo elenco degli allegati.

Il Personale della Segreteria Amministrativa del Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale riceverà le domande presentate direttamente dai candidati rispettando i seguenti orari:

- dal **lunedì al venerdì dalle ore 10 alle ore 12 in Via Luigi Borsari, 46 - 44121 FERRARA, Corpo A piano rialzato, Uffici Meta Struttura Medico Chimica.**

Copia cartacea del fac-simile di domanda (Allegato A) è reperibile presso la segreteria del Dipartimento Scienze Chimiche e Farmaceutiche, Via Luigi Borsari 46, Ferrara

Sulla busta di invio il candidato dovrà indicare con precisione la selezione per la quale intende concorrere, nonché nome e cognome.

Alla domanda dovranno essere allegati:

- copia fotostatica del **documento di identità** e del codice fiscale;
- **curriculum vitae in formato europeo** datato e firmato, valido ai fini della selezione;



- **curriculum vitae in formato europeo privo dei dati sensibili** e privo di firma, per la pubblicazione nel sito web del dipartimento.

Si specifica che la sola spedizione dei curricula in posta elettronica senza la presentazione della domanda di ammissione ufficiale non sarà ritenuta valida.

I candidati italiani e i cittadini di Stati dell'Unione Europea possono dimostrare il possesso dei titoli sopra indicati mediante le dichiarazioni sostitutive di certificazione amministrativa previste dall'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 compilando "l'allegato B" al presente bando.

Art. 3

La selezione dei candidati sarà effettuata sulla base di una valutazione comparativa dei **titoli presentati** dai quali dovrà emergere il possesso delle competenze necessarie alla realizzazione dell'obiettivo oggetto del contratto.

La valutazione dei curricula sarà effettuata previa individuazione dei criteri generali, da una commissione nominata con provvedimento del Direttore di Dipartimento secondo quanto previsto dall'art. 9 del Regolamento per il conferimento di incarichi di prestazione d'opera autonoma dell'Università degli Studi di Ferrara.

L'esito della selezione sarà pubblicato sul sito web di Ateneo e all'Albo Ufficiale di Ateneo.

La Commissione si riunirà per la valutazione dei titoli il giorno **lunedì 11 maggio 2020** presso Ospedali privati Forlì - Villa Igea Forlì - Viale Antonio Gramsci, 42, 47122 Forlì (FC).

Al termine la Commissione redigerà un verbale, dal quale dovrà risultare il nominativo del candidato con il quale stipulare il contratto. Il verbale verrà pubblicato sul sito Web del Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale.

Art. 4

Il candidato che risulterà vincitore dovrà presentare alla Segreteria del Dipartimento, entro il termine perentorio di dieci giorni che decorrono dal giorno successivo a quello in cui ha ricevuto l'invito, i documenti necessari, secondo la normativa vigente, alla stipula dei contratti di lavoro autonomo.

Art. 5

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 5 della Legge 7.8.1990, n. 241, il responsabile del procedimento di cui al presente bando è il dott. Valerio Muzzioli, Segretario Amm.vo del Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale, Via L. Borsari 46, 44121, Ferrara, e-mail valerio.muzzioli@unife.it.

I dati personali trasmessi dai candidati con le domande di partecipazione alla procedura selettiva, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003, saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della presente procedura e degli eventuali procedimenti di attribuzione del contratto in questione.

Per quanto non espressamente previsto dal presente bando, valgono, in quanto applicabili, le disposizioni previste dalla normativa citata nel preambolo della presente procedura concorsuale, nonché la disciplina legislativa relativa al lavoro autonomo.

Ferrara,

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
Prof.ssa Paola SECCHIERO
(firmato digitalmente)

ALLEGATO "A"

AL DIRETTORE
del Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina
Sperimentale
Università degli Studi di Ferrara
Via L. Borsari 46,
44121 Ferrara

Il/la sottoscritto/a

COGNOME _____

(le donne coniugate indicano il cognome da nubile)

NOME _____ CODICE FISCALE _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____

STATO _____

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____

chiede di partecipare alla **selezione n. 1/2020**, indicata nel bando, per il conferimento di n. 1 contratto di prestazione occasionale presso il Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale dell'Università degli Studi di Ferrara.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

1. di essere nato in data e luogo sopra riportati;
2. di essere residente nel luogo sopra riportato;
3. di essere cittadino _____;
4. di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Laurea in _____

Conseguita in data _____ con votazione _____ / _____

Presso l'Università di _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di eleggere quale recapito ai fini della procedura selettiva il seguente indirizzo:

PRESSO _____

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____

COMUNE _____ PROV. _____ STATO _____

TELEFONO: _____ FAX _____

E -MAIL: _____

riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione del recapito stesso.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente:

- copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale;
- curriculum professionale in duplice copia datato e firmato come richiesto dall'art. 2 dal bando di selezione.

Luogo e data _____

Il dichiarante

ALLEGATO "B"

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

(le donne coniugate indicano il cognome da nubile)

Codice fiscale _____

Nato/a a _____ prov. _____

il _____ residente a _____

prov. _____ indirizzo _____ C.A.P. _____

Telefono: _____ consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso
di dichiarazione mendace

DICHIARA:

Luogo e data _____

Il/La dichiarante