

L'AZIENDA OSPEDALIERA DI REGGIO EMILIA

bandisce una selezione per l'assegnazione di tre Borse di Studio quadrimestrali di importo pari ad € 12.000,00 cad. = a favore di laureati in Medicina e Chirurgia, per l'effettuazione di un Audit Clinico-Organizzativo regionale, a livello territoriale delle Aree Vaste emiliano-romagnole, al fine di valutare la qualità dell'assistenza erogata al paziente con ictus nell'ambito del programma "Stroke care".

Requisiti:

- Laurea in Medicina e Chirurgia-
- Abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'Ordine professionale.

Il candidato deve inoltre possedere conoscenze e competenze in campo neurologico e riabilitativo.

Dovrà essere inviata apposita domanda, con indicazione della specifica selezione a cui si intende partecipare, alla quale dovranno essere allegati esclusivamente **un curriculum formativo e professionale** redatto su carta libera datato e firmato, con autocertificazione dei titoli posseduti e di ogni altra indicazione ritenuta utile ai fini del presente bando e **fotocopia del documento di identità**.

Le Borse di Studio verranno assegnate previa valutazione del curriculum e previa effettuazione di un colloquio da parte di Commissione esaminatrice composta dal Direttore della SC. di Neurologia (o suo delegato), da un Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio e da un Segretario.

I candidati che avranno presentato domanda in tempo utile saranno contattati tramite telegramma almeno sette giorni prima della data di effettuazione della prova.

La Commissione Esaminatrice formulerà graduatoria di merito, a valenza regionale, che potrà essere utilizzata, entro il termine massimo di sei mesi dalla data di approvazione, in caso di rinuncia da parte del titolare della borsa di studio oppure per il conferimento, secondo l'ordine della stessa, di borse di studio, anche con diversa validità temporale e con compenso proporzionalmente variato, che si rendessero eventualmente necessarie nel settore di studio di cui al presente bando.

La formale assegnazione di ciascuna Borsa di Studio avverrà da parte dell' Azienda Sanitaria responsabile del Programma “ Stroke care” per l'Area Vasta di riferimento

La domanda deve essere recapitata a mano oppure a mezzo servizio postale, corriere, telefax (unicamente al n. 0522/296309) all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda Ospedaliera – Arcispedale S.Maria Nuova, Viale Risorgimento, 57 – 42100 Reggio Emilia, e dovrà pervenire tassativamente entro il 15° giorno non festivo successivo alla data di pubblicazione del bando sul BUR Emilia Romagna.

Non fa fede il timbro dell'Ufficio Postale accettante.

Il bando, il fac-simile di domanda e le precise modalità di trasmissione tramite telefax sono disponibili sul sito “www.asmn.re.it - sezione bandi e concorsi”.

L'Azienda Ospedaliera si riserva ogni più ampia facoltà in ordine alla proroga, sospensione, revoca, rettifica o annullamento del presente avviso.

Scadenza: 23 settembre 2010.

Tutti i dati personali verranno trattati nel rispetto del D.Lgs.n.196/2003; la presentazione della domanda implica il consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all' ufficio preposto allo svolgimento della procedura di cui trattasi.

Per informazioni rivolgersi al seguente numero telefonico 0522/296262.

Il Direttore Medico di Presidio
(Dott. Giorgio Mazzi)

**AZIENDA OSPEDALIERA
di Reggio Emilia
V.le Risorgimento, 57
42100 Reggio Emilia**

___ sottoscritt _____

nat ___ a _____ il

e residente a _____

in Via _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per il conferimento di

A tal fine dichiara:

- di _____ essere cittadino _____

- di essere iscritt ___ nelle liste elettorali del Comune di _____

- di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali ovvero

- di aver riportato le seguenti condanne penali _____

- di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione :

1) Laurea in _____ conseguita il
_____ presso

2) _____

3) _____

4) _____

- di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione :

- di non avere prestato servizio presso Pubbliche Amm.ni / ovvero di avere prestato servizio presso le sottototate pubbliche Amm.ni (indicare le cause di risoluzione) _____

Si allega alla presente domanda:

Ogni comunicazione deve essere effettuata presso il seguente domicilio :

_____ Via _____

Tel. n. _____

Data _____

Firma

Fax

A: AZIENDA OSPEDALIERA DI REGGIO E.	Da:
Ufficio: PROTOCOLLO GENERALE	Tel.:
	Data:
Fax: 0522/ 296309	Pagg.: ***

*(*** indicare il numero di pagine comprensivo del frontespizio)*

IN CASO DI ERRATA RICEZIONE, PREGO AVVERTIRE:

Nome:

•COMMENTI:

