Università degli Studi "G. D'Annunzio" Chieti - Pescara
Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento
Via Luigi Polacchi, 11-13 – 66100 – CHIETI SCALO
Segreteria Amministrativa – tel. 0871 – 3556754 – fax 0871-3556755
c.f. 93002750698 – p.i. 01335970693

Data scadenza presentazione domanda: 13 Dicembre 2018

Tit. VII Classe 16

Avviso n. 56/2018 ***prot. n.*** 3620

OGGETTO: Avviso interno di verifica preliminare per il conferimento di un incarico occasionale nell'ambito della sperimentazione clinica dal titolo "Ruolo prognostico dell'infiltrazione degli spazi linfo-vascolari (LVSI) in pazienti con tumore dell'endometrio"

VISTO l'art. 7, comma 6, del Decreto legislativo n. 165/2001 e ss. mm .ii.

VISTA la delibera del Consiglio di Dipartimento seduta del 12 settembre 2018 avente per oggetto la richiesta da parte del Prof. Francesco Fanfani, di attivazione di una procedura di selezione per il conferimento dell'incarico indicato in oggetto;

si rende noto che questa Amministrazione ha la necessità di acquisire una prestazione altamente qualificata avente per oggetto le attività indicate all'art. 1 del presente avviso.

Art. 1: Oggetto, durata, sede di svolgimento, requisiti.

Nell'ambito della sperimentazione clinica dal titolo "Ruolo prognostico dell'infiltrazione degli spazi linfo-vascolari (LVSI) in pazienti con tumore dell'endometrio", l'attività dal svolgere è la seguente:

Aggiornamento e compilazione di database multicentrico, con successiva analisi statistica di paziente affetta da neoplasia dell'endometrio. Il database dovrà essere conforme al modello Red Cup in modo da consentire il successivo inserimento dei dati nel Big Data multicentrico.

Requisiti richiesti per lo svolgimento dell'incarico

Titolo di studio richiesto: Laurea in Scienze Statistiche.
Altri titoli: Ottima conoscenza dell'applicativo Red Cup e gestione di database. Ottima conoscenza delle patologie ginecologiche oncologiche.

Durata dell'incarico
L'attività oggetto della prestazione avrà – nel rispetto dell'autonomia operativa del collaboratore in ordine all'attuazione delle direttive ricevute dal committente – una durata di 4 mesi.

Università degli Studi "G. D'Annunzio" Chieti - Pescara
Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento
Via Luigi Polacchi, 11-13 – 66100 – CHIETI SCALO
Segreteria Amministrativa – tel. 0871 – 3556754 – fax 0871-3556755
c.f. 93002750698 – p.i. 01335970693

Sede di svolgimento della prestazione

OUSD Ginecologia Oncologica – ASL2Abruzzo – PO Ortona.

Art. 2: Presentazione della domanda

Può presentare domanda il personale dell'Ateneo, in possesso dei prescritti requisiti, assunto a tempo indeterminato in regime di orario a tempo pieno che dichiari di essere disponibile a svolgere le attività richieste, in assegnazione temporanea, per la durata prevista per l'incarico di cui al precedente art. 1.
La domanda, da redigere su carta semplice seguendo lo schema allegato, corredata da *curriculum vitae* e da autorizzazione del responsabile della struttura di appartenenza ove necessaria, potrà essere consegnata a mano alla Segreteria amministrativa del Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle ore 13:00, oppure potrà essere inviata tramite e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica *dmsi@unich.it* e comunque in entrambi i casi entro e non oltre 7 giorni naturali e consecutivi dalla data di pubblicazione del presente avviso.
La domanda dovrà essere sempre corredata da fotocopia di valido documento d'identità.
Non saranno ammessi i candidati le cui domande pervengano, per qualsiasi motivo, successivamente al suddetto termine.

Art. 3: Valutazione e selezione delle domande
Le domande saranno valutate e selezionate da apposita commissione tramite valutazione dei curricula ed eventuale colloquio nel rispetto della disciplina delle mansioni prevista dall'art. 52 del D.lgs. n. 165/2001.
L'assenza del candidato sarà considerata come rinuncia, qualunque ne sia la causa.
In caso di esito positivo della valutazione, il dipendente sarà collocato in regime di *assegnazione temporaneo* limitatamente all'impegno temporale richiesto per lo svolgimento delle attività di progetto, presso la struttura indicata al precedente Art. 1.

Art. 4: Esito della selezione
Nel caso in cui la presente verifica interna dia esito negativo, si procederà mediante valutazione comparativa esterna.

IL DIRETTORE del DMSI
(Prof. Pierluigi LELLI CHIESA)

Università degli Studi "G. D'Annunzio" Chieti - Pescara
Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento
Via Luigi Polacchi, 11-13 – 66100 – CHIETI SCALO
Segreteria Amministrativa – tel. 0871 – 3556754 – fax 0871-3556755
c.f. 93002750698 – p.i. 01335970693

Al Direttore del Dipartimento

Università degli Studi "G. d'Annunzio"

Sede

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ prov. ____ il _____ residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____ in via _____ n. _____ afferente alla Struttura _____ tel. _____ fax _____ e-mail _____ attualmente in servizio nella categoria e area _____ _____

Chiede di essere ammesso/a alla selezione per la procedura di ricognizione interna ai fini dell'individuazione di personale dell'Ateneo da destinare allo svolgimento delle attività indicate all'art. 1 dell'Avviso prot. n. _____ del _____ .

Dichiara sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1) di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ _____ conseguito il _____ presso _____ _____ con votazione _____;
2) che quanto dichiarato nel curriculum allegato corrisponde al vero.

E' a conoscenza che, ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 i dati forniti saranno trattati, in forma cartacea o informatica, ai soli fini della procedura.

Allega:

- autorizzazione del proprio Responsabile di Struttura (se necessaria);
- curriculum vitae datato e firmato;
- fotocopia di un documento di riconoscimento.

data _____

Firma_____

Università degli Studi "G. D'Annunzio" Chieti - Pescara
Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento
Via Luigi Polacchi, 11-13 – 66100 – CHIETI SCALO
Segreteria Amministrativa – tel. 0871 – 3556754 – fax 0871-3556755
c.f. 93002750698 – p.i. 01335970693

Il/La sottoscritto/a_____ responsabile della struttura di assegnazione del/la Dott./Dott.ssa/Sig./Sig.ra _____ esprime parere favorevole in ordine all'**assegnazione *temporanea*** del dipendente limitatamente all'impegno temporale richiesto per lo svolgimento delle attività indicate art. 1 dell'avviso interno prot. n._____ del _____ , senza ulteriore richiesta di sostituzione dello stesso.

Data _____.

_____

Firma e timbro