

AVVISO DI SELEZIONE PER LA CREAZIONE DI UNA GRADUATORIA FINALIZZATA AL CONFERIMENTO DI INCARICO A MEDICI SPECIALISTI IN OTORINOLARINGOIATRIA

È indetta una selezione per la creazione di una graduatoria finalizzata al conferimento di incarichi a personale medico specialista, **presso le Terme Redi** del Presidio Anna Torrigiani, **Viale Alessandro Bicchierai 62 a Montecatini Terme**, per la seguente specializzazione e/o equipollenze: **otorinolaringoiatria**

Tipologia contrattuale: collaborazione professionale (a Partita IVA)

Criteri di selezione:

- Godimento dei diritti civili e politici degli Stati di appartenenza o di provenienza.
- Conoscenza fluente della lingua italiana e inglese parlata e scritta;
- Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia ed iscrizione all'ordine dei Medici
- Titolo di specializzazione in otorinolaringoiatria

Competenze Tecniche Ed Esperienza:

- Conoscenza dei sistemi operativi Microsoft, del pacchetto Office (Excel, Word, ecc)
- Capacità di gestione delle attrezzature mediche, di aggiornamento dei database e documentazione dell'anamnesi dei pazienti e delle cure somministrate.

Competenze Trasversali:

- Buone capacità comunicative
- Empatia e capacità relazionali, organizzative e gestionali
- Flessibilità e adattabilità alle esigenze connaturate alle attività della struttura
- Predisposizione al lavoro in squadra, affidabilità, precisione e pazienza



Domanda e scadenza

La domanda di partecipazione alla procedura di selezione, redatta in carta semplice su modello allegato al presente avviso deve essere presentata **entro il 17 febbraio 2025 alle ore 16:00** corredata da:

- Autocertificazione del possesso dei requisiti obbligatori e preferenziali redatto su modelli allegati al presente avviso
- copia Carta di Identità e Codice Fiscale
- curriculum vitae aggiornato
- consenso trattamento dei dati personali

Modalità presentazione domanda:

Via Posta Elettronica Certificata all'indirizzo: torrigiani@cert.cri.it

Procedura di selezione:

La selezione dei candidati avverrà per titoli e colloquio entro il termine del **28 febbraio 2025**.

L'Associazione si riserva la facoltà di disporre la proroga dei termini dell'avviso, il rinvio, la sospensione o modifica nonché la revoca o l'annullamento dello stesso. Si riserva inoltre il diritto di riaprire i termini di presentazione delle domande di partecipazione qualora motivi di economicità e/o opportunità lo dovessero richiedere.

Per informazioni scrivere a nicola.venturini@toscana.cri.it



ALL. 1 DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/la sottoscritto/a:												
Nato/a a Prov. Il												
Residente in via n. C.A.P. Città Prov.												
Domicilio (compilare solo se diverso dalla residenza) Via n. C.A.P. Città Prov.												
Numero di telefono Numero cellulare												
Indirizzo e-mail												
Codice Fiscale												



CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'AVVISO DI SELEZIONE

PER LA CREAZIONE DI UNA GRADUATORIA FINALIZZATA AL CONFERIMENTO DI INCARICHI A MEDICI SPECIALISTI IN OTORINOLARINGOIATRIA PRESSO LE TERME REDI

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

DICHIARA DI:

Essere in possesso di tutti i requisiti obbligatori previsti dal bando

Il Sottoscritto dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti requisiti preferenziali



Allega alla presente domanda:

- copia Carta di Identità e Codice Fiscale
- curriculum vitae
- consenso trattamento dei dati personali

Con la presentazione della domanda di partecipazione alla procedura, nelle forme di cui al DPR 445/2000, il candidato assume la responsabilità della veridicità di tutte le informazioni fornite, nella domanda e nei documenti allegati, nonché della conformità all'originale delle copie dei documenti prodotti.

Luogo e data,

_____, li _____

Firma del Candidato

.....



AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a
_____, il _____ autorizza la Croce Rossa
Italiana Comitato CRI Regionale Toscana O.d.V. al trattamento dei dati personali in
conformità alle disposizioni di legge sulla privacy (Decreto Legislativo n. 196 del 30
giugno 2003 e s.m.i.) limitatamente agli usi collegati all'espletamento della
selezione in oggetto.

Luogo e data,

_____, li _____

Firma del Candidato

.....