

ATS LIGURIA

AREA SOCIO SANITARIA LOCALE 3

Via Bertani 4 - 16125 GENOVA tel. 010/84911

BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DI N. 1 BORSA DI STUDIO DELLA DURATA DI DODICI MESI PRESSO LA S.C. DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE DI ATS LIGURIA AREA 3.

Pubblicato su Bollettino Ufficiale della Regione Liguria n. 20 del 20/5/2026

In esecuzione della Determinazione Dirigenziale n. 643 del 27/4/2026 ad oggetto "Revoca della procedura indetta con Determinazione n. 222 del 2/3/2026 e contestuale approvazione e ripubblicazione di nuovo bando per l'assegnazione di n. 1 borsa di studio presso la S.C. Diabetologia e Malattie Metaboliche di ATS Liguria Area 3. Integrazione e modifica dei requisiti di ammissione" e della Deliberazione n. 149/2021 ad oggetto Modifica del "*Regolamento per il conferimento di borse di studio di cui alla Deliberazione n. 499/2017*" viene emesso il seguente bando per l'assegnazione di n. 1 borsa di studio in relazione al progetto: "***Impatto dell'educazione alimentare individuale e di gruppo sui parametri metabolici di una popolazione diabetica obesa***" al fine di dare continuità al percorso avviato nel 2023 di educazione alimentare rivolto a pazienti dismetabolici/obesi afferenti alla S.C. Diabetologia e Malattie Metaboliche di Area 3 – ATS Liguria.

Si precisa che la borsa di studio avrà **durata di dodici mesi**, eventualmente rinnovabili una sola volta, prevede un **impegno orario settimanale di dodici ore**, a fronte del quale verrà corrisposto **l'importo complessivo lordo di € 17.000,00**, erogato in rate mensili posticipate.

REQUISITI GENERALI

- Cittadinanza di uno Stato membro dell'UE,
ovvero
Non avere la cittadinanza di uno Stato membro dell'UE ma essere familiare di un cittadino di uno Stato membro dell'UE ed essere in possesso di diritto di soggiorno o diritto permanente
ovvero
Essere cittadino di paesi terzi con permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo
ovvero
Essere titolare dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria
- Assenza di condizioni di situazioni di incompatibilità e/o inconferibilità a contrarre con la Pubblica Amministrazione, indicate nel bando e/o previste dalla normativa vigente.

Non possono accedere alla borsa di studio coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego, ovvero licenziati presso Pubbliche Amministrazioni

Sono esclusi dalla partecipazione all'avviso coloro che siano stati condannati anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

REQUISITI SPECIFICI

Sono ammessi a partecipare i candidati in possesso di almeno uno dei seguenti titoli:

- Laurea triennale in Dietistica (classe L/SNT3)
- Laurea magistrale in Biologia (classe LM-6)
- Laurea Magistrale in Scienze della Nutrizione Umana (LM-61)
- Laurea Vecchio Ordinamento (DL) in Scienze Biologiche

Sono ammessi inoltre titoli equipollenti/equiparati ai sensi della normativa vigente.

- Iscrizione al relativo Albo professionale
- Formazione in nutrizione clinica
- Comprovata esperienza pluriennale (almeno 5 anni) nella disciplina, sia in termini di counseling individuale che di gruppo
- Conoscenza tecnica del carbohydrate counting
- Conoscenza sufficiente a sostenere colloquio clinico nelle seguenti lingue: inglese, spagnolo

I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel bando per la presentazione delle domande di ammissione.

CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ

Non possono assumere la borsa di studio di cui al presente bando coloro che:

- a. stiano usufruendo di altra borsa di studio;
- b. abbiano qualsiasi rapporto di impiego pubblico o privato dipendente o convenzionato.

Per le attività a tempo parziale l'Azienda si riserva di valutare la compatibilità con lo svolgimento della borsa in essere, considerando che l'impegno cumulativo dell'attività svolta e della borsa di studio non potrà essere superiore alle 36 ore settimanali.

CONTENUTI DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE

Per essere ammessi alla selezione per l'assegnazione della borsa di studio gli aspiranti devono indicare nella domanda:

- cognome e nome
- la data e il luogo di nascita;
- la residenza;
- il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente bando, completo di CAP e numero telefonico, (Asl3 declina ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni, dipendenti da inesatte indicazioni del domicilio, da parte dei candidati e da mancata, oppure tardiva, comunicazione del cambiamento del domicilio, indicato nella domanda o per eventuali disguidi postali o telegrafici, non imputabili a colpa dell'Amministrazione stessa);
- il codice fiscale;
- l'indirizzo e-mail ed eventuale PEC;
- recapito telefonico fisso e mobile;
- il comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della cancellazione o della non iscrizione nelle liste medesime;
- le eventuali condanne penali riportate e procedimenti penali in corso ovvero di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti;
- il possesso dei requisiti generali e specifici sopra indicati;
- i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di lavoro;
- l'assenza di cause di incompatibilità e/o inconfiribilità indicate nel bando e/o previste dalla normativa vigente o comunque, l'impegno a rimuoverle in caso di assegnazione della borsa;
- il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e secondo le modalità descritte nel presente avviso, espresse ai sensi del Regolamento europeo n. 2016/679 e relative norme di armonizzazione.

La stessa deve essere redatta in carta semplice, completa di tutte le indicazioni di cui al presente bando e corredata dai prescritti documenti, dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, e titoli, datata e sottoscritta dal candidato, con unita copia fotostatica di valido documento di identità. La mancata sottoscrizione della domanda di ammissione determina l'esclusione dalla procedura di che trattasi. La firma in calce alla domanda di partecipazione non necessita di autenticazione, ai sensi del DPR n. 445/00.

Alla domanda, formulata come da modello Allegato 1 del presente bando Regolamento di ASL3 relativo all'assegnazione delle borse di studio, devono anche essere allegate le dichiarazioni sostitutive di cui allo stesso Allegato 1:

- **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CURRICULUM VITAE**, formulato ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, redatto su carta semplice, datato e firmato;
- **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' ATTESTANTE LE ATTIVITA' DI SERVIZIO**, resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000;
- EVENTUALI ULTERIORI **DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'** formulato ai sensi degli Artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000;

La firma in calce alle dichiarazioni di cui sopra non necessita di autenticazioni; occorre allegare, pena la mancata valutazione dei titoli, la copia di un documento di identità in corso di validità.

Le dichiarazioni sostitutive di certificazione rese ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000 saranno prese in considerazione solo ed esclusivamente se contenenti tutti i dati identificativi e di contenuto del certificato originale, pena invalidità.

La mancanza di uno dei requisiti di ammissione al presente bando, determina l'inammissibilità della domanda.

TERMINE E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Le domande, complete della documentazione allegata, devono pervenire, **entro il quindicesimo giorno da quello successivo alla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Liguria e cioè, entro il 4/6/2026**, ad ATS Liguria - Azienda Socio Sanitaria Locale 3 - S.C. Affari Generali - Ufficio Protocollo - Via Bertani, 4 - 16125 Genova, tramite una delle seguenti modalità:

- Raccomandata A/R (a tal fine fa fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante);
- PEC (Posta Elettronica Certificata), esclusivamente all'indirizzo protocollo@pec.atsliguria.it (nel qual caso, come previsto dalla normativa vigente, anche l'invio dovrà avvenire, da parte del candidato, da casella di posta certificata. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta ordinaria anche se indirizzata a PEC aziendale o l'invio da casella di posta elettronica certificata dalla quale non si è titolari), avendo cura di allegare la documentazione richiesta in formato pdf.

È esclusa ogni altra forma di trasmissione.

Sulla busta e/o nella PEC andrà riportata la dicitura *"Domanda – bando per l'assegnazione di n. 1 borsa di studio della durata di dodici mesi presso la S.C. Diabetologia e Malattie Metaboliche di ATS Liguria Area 3"*.

Qualora la scadenza coincida con un giorno festivo, il termine sarà prorogato al primo giorno successivo non festivo.

L'Azienda, a suo insindacabile giudizio, si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente bando, per legittimi ed insindacabili motivi mediante comunicazione pubblicata sul sito aziendale, senza che i concorrenti possano vantare pretese o diritti di sorta.

Il conferimento della borsa di studio prevede la valutazione dei titoli ed il superamento di un colloquio vertente sulle materie oggetto del bando.

VALUTAZIONE

La Commissione Giudicatrice dispone di 100 punti così ripartiti:

- titoli: massimo 30 punti, di cui massimo 10 per carriera, massimo 4 per titoli accademici e di studio, massimo 4 per pubblicazioni e titoli scientifici, massimo 12 per curriculum formativo e professionale;
- prova orale: massimo 70 punti. La prova si intende superata con valutazione di sufficienza di almeno 42/70.

FALSE DICHIARAZIONI

Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 si fa presente che:

- chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, firmi atti falsi o ne faccia uso nei casi previsti di cui al presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
- l'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso;
- le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come rese a pubblico ufficiale.

Così come previsto dall'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000, l'Amministrazione procederà ad effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate.

SVOLGIMENTO DELLA PROVA

LA DATA, LA SEDE E L'ORARIO DELLA PROVA SARANNO RESI NOTI ESCLUSIVAMENTE MEDIANTE UN AVVISO SUL SITO DELL'AZIENDA <https://www.asl3.liguria.it/amministrazione-trasparente/bandi-di-concorso.html> CON ALMENO 15 GIORNI DI ANTICIPO RISPETTO ALLA PROVA.

I candidati non ammessi, in quanto sprovvisti dei requisiti di ammissione al bando, saranno avvisati con lettera raccomandata a/r o PEC.

La selezione potrà svolgersi in modalità telematica in correlazione alla situazione ed alle disposizioni di sicurezza vigenti all'atto del suo espletamento.

La Commissione, qualora il numero dei partecipanti lo renda necessario, potrà far comunque precedere il colloquio, previsto come prova, anche da una prova scritta.

Per eventuali chiarimenti gli aspiranti potranno rivolgersi a:

ATS Liguria Area 3 - S.C. Aggiornamento e Formazione,
formazione@asl3.liguria.it
tel. 010 849 5302
tutti i giorni feriali escluso il sabato

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 2016/679 UE e norme di armonizzazione, i dati forniti dai candidati saranno raccolti presso la S.C. Aggiornamento e Formazione per le finalità di gestione della procedura cui è riferita la domanda. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla procedura medesima.

Il Direttore
S.C. Aggiornamento e Formazione
(Dott.ssa Natascia Massocco)

FAC SIMILE DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a
nato/a a(Prov.....) il.....
residente aCAP.....
Vian.
domiciliato presso (indicare solo se diverso da residenza).....CAP.....
Vian.
tel mobile e fisso.....
C.F.....
Indirizzo e-mail.....
PEC.....
☐ Iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di.....
☐ Cancellato/a - non iscritto/a dalle/nelle liste elettorali del Comune di.....
in conseguenza di.....

CHIEDE DI POTER ESSERE AMMESSO AL BANDO PER N° 1 BORSA DI STUDIO DELLA DURATA DI DODICI MESI RISERVATA PRESSO LA S.C. DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE DI ATS LIGURIA AREA 3 PUBBLICATA SUL BOLLETTINO UFFICIALE DI REGIONE LIGURIA N. 20 DEL 20/5/2026

e, a tal fine, dichiara

- ☐ di essere in possesso dei requisiti generali e specifici indicati nel bando, come da dichiarazioni sostitutive e/o documentazione allegati;
- ☐ di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso e/o carichi pendenti ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali e/o di avere i seguenti procedimenti penali in corso:
..... ;
- ☐ di non essere stato-a condannato-a anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale;
- ☐ di non avere a proprio carico provvedimenti di destituzione o dispensa dall'impiego, ovvero licenziamento presso Pubbliche Amministrazioni;
- ☐ di aver prestato i servizi di cui alla dichiarazione sostitutiva del curriculum professionale allegato presso pubbliche amministrazioni e che gli stessi si sono risolti per le cause ivi indicate (qualora risolti);

- ☐ di aver prestato i servizi di cui alla dichiarazione sostitutiva del curriculum professionale allegato presso privati e che gli stessi si sono risolti per le cause ivi indicate (qualora risolti);
- ☐ di non avere rapporti di lavoro dipendente o convenzionato con questa ASL o con altri Enti pubblici e o privati anche con occupazione a tempo parziale / di svolgere la seguente attività:

_____;

- ☐ di non versare in nessuna delle situazioni di incompatibilità e/o inconferibilità a contrarre con la Pubblica Amministrazione, indicate nel bando e/o previste dalla normative vigente e/o di avere le seguenti situazioni di incompatibilità e/o inconferibilità e di impegnarsi a rimuovere in caso di assegnazione della borsa.

_____;

- ☐ di avere letto e compreso le informazioni relative ai trattamenti di dati personali relativi alla partecipazione al bando di cui trattasi, consultabili anche sul sito internet aziendale dedicato al link www.asl3.liguria.it/politica della privacy aziendale e di prestare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e secondo le modalità descritte nel bando, espresse ai sensi del Regolamento europeo n. 2016/679 e relative norme di armonizzazione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

__I_ sottoscritt__, _____consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, attesta, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000, che quanto dichiarato nella presente domanda e negli allegati alla stessa, compreso il curriculum formativo professionale, corrisponde a verità.

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante _____

(Artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente a Via n°

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che il curriculum professionale è costituito dalle seguenti dichiarazioni:

—

[illegible]

Luogo, _____

Firma del dichiarante

FAC SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente a Vian°

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA
sotto la propria responsabilità

Luogo, _____

Firma del dichiarante

FAC SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente a Vian°

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA
sotto la propria responsabilità

Di prestare e aver prestato attività professionale con rapporto di lavoro subordinato presso:

AZIENDA SANITARIA LOCALE, AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA, P.A., ALTRO.....

di (località).....(indirizzo).....

nel profilo professionale di di/mansione.....

disciplina:.....

dal.....al.....(indicare causa di cessazione)

con rapporto di lavoro a tempo determinato/indeterminato

a tempo pieno, parziale con % ore settimanali n.

Di prestare e aver prestato le seguenti attività professionali con rapporto di lavoro diverso da quello subordinato presso:

AZIENDA SANITARIA LOCALE, AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA, P.A., ALTRO.....

di (località).....(indirizzo).....

nel profilo professionale di di/mansione.....

disciplina:.....

dal.....al.....(indicare causa di cessazione)

tipo di rapporto di lavoro (libero professionale, autonomo, collaborazione, borsa di studio, ecc...)

per ore settimanali n.

Luogo,

Firma del dichiarante

.....