Atti 190/2018 all. 3/2

Riferimento M20 ONCO

AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO LIBERO-PROFESSIONALE

SI RENDE NOTO

In attuazione alla determinazione del Direttore della S.C. Risorse Umane e relazioni sindacali n. 129 del 09.05.2018 esecutiva ai sensi di legge, si procederà all'assegnazione di:

N° 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER LAUREATO IN POSSESSO DI LAUREA IN SCIENZE BIOLOGICHE,OVVERO DIPLOMA DI LAUREA MAGISTRALE, OVVERO DIPLOMA DI LAUREA VECCHIO ORDINAMENTO, EQUIPOLLENTI CON SPECIALIZZAZIONE IN PATOLOGIA CLINICA
PRESSO LA S.C. ONCOLOGIA

Presso il Dipartimento Ematologia ed Oncologia – S.C. Oncologia Falck per un periodo di mesi 12 per la collaborazione al progetto ministeriale denominato: "Genomic Based Triage for Target Therapy Colorectal Cancer", in accordo con il Direttore della Struttura, per le seguenti attività:

- coordinamento con le unità di Chirurgia, Radiologia Interventistica, Anatomia Patologica, reparto, day hospital ed ambulatori di Oncologia Medica;
- prelievo dei campioni tissutali presso le unità competenti;
- management e processamento di campioni di biopsie liquide;
- annotazione e registrazione dei campioni in database istituzionale;
- gestione e management dei campioni in collaborazione con i laboratori di Candiolo per l'esecuzione delle analisi molecolari;
- produzione cadenzata di reports informativi sulla situazione dei campioni.

per un compenso complessivo lordo di €. 29.900,00.

Per essere ammessi al presente avviso i candidati, pena l'esclusione, dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:

- Cittadinanza Italiana o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione europea o appartenente ad uno stato extra comunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia);
- Diploma di Laurea in possesso di laurea in Scienze Biologiche, ovvero diploma di laurea magistrale, ovvero diploma di laurea vecchio ordinamento, equipollenti;
- Specializzazione in Patologia Clinica;
- Abilitazione alla professione;
- Iscrizione all'albo.

I titoli di studio conseguiti all'estero saranno considerati utili purché riconosciuti equipollenti ad uno dei titoli di studio italiani dagli organi competenti ai sensi della normativa vigente in materia.

A tal fine nella domanda di partecipazione all'avviso dovranno essere indicati, a pena di esclusione, gli estremi del provvedimento di riconoscimento dell'equipollenza. Le equipollenze devono sussistere alla data di scadenza del bando.

Detti requisiti devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda di ammissione.

Non saranno ammessi, ai sensi dell'art. 25 della Legge n. 724 del 23 dicembre 1994, i candidati che, pur in possesso dei requisiti richiesti, abbiano cessato volontariamente dal servizio avendo i requisiti contributivi per

l'ottenimento della pensione anticipata di anzianità e abbiano avuto rapporti di lavoro o impiego nei cinque anni precedenti con questa Azienda.

Le candidature pervenute saranno valutate anche ai sensi delle modifiche introdotte dall'art 17 comma 3 della Legge 7.8.2015 n. 124, seguendo l'interpretazione della circolare del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione n. 4/2015.

Si invitano i candidati a porre inoltre attenzione ai criteri che la Commissione Esaminatrice adotterà in sede di valutazione, come specificati nel prosieguo del bando.

La domanda di partecipazione redatta in carta semplice dovrà pervenire al Protocollo Generale – Piano rialzato Padiglione 6 (orario dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 16.00) dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, P.zza Ospedale Maggiore 3 – 20162 Milano

entro le ore **12.00 del 25.05.2018** a pena di esclusione;

La mancata partecipazione al colloquio verrà considerata quale rinuncia alla candidatura.

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di partecipazione dovrà essere presentata esclusivamente secondo una delle seguenti modalità:

• **consegna diretta**, a cura e responsabilità dell'interessato, **presso l'Ufficio Protocollo** sito al Piano Terra – Padiglione 6 - dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 MILANO (orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 08,00 alle ore 16,00 - ore 12,00 del giorno di scadenza);

• **a mezzo del servizio postale**, con plico indirizzato al Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 MILANO tramite raccomandata con avviso di ricevimento. A tal fine si precisa che farà fede la data di ricezione presso il Protocollo aziendale e non il timbro dell'Ufficio postale accettante;

• invio della domanda e dei relativi allegati, tramite l'utilizzo della **posta elettronica certificata tradizionale (PEC), esclusivamente all'indirizzo mail postacertificata@pec.ospedaleniguarda.it, indicando nell'oggetto il RIFERIMENTO M20 ONCO.**

La validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale; non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria del candidato o di altra persona, anche se indirizzata alla suindicata casella PEC dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, in un unico file in formato PDF, dovrà avvenire con una delle seguenti modalità di sottoscrizione della domanda:

- sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;
- sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione fronte/retro di un valido documento di identità.

L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni imputabile a terzi o per inesatta indicazione dell'indirizzo da parte del candidato.
Il candidato deve, inoltre, impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o del recapito, sollevando l'Azienda da ogni responsabilità in caso di irreperibilità presso l'indirizzo indicato.
In caso di utilizzo del servizio di PEC per l'invio della domanda, questo equivale automaticamente ad elezione di domicilio informatico per eventuali future comunicazioni relative all'avviso pubblico di cui al presente bando da parte dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda nei confronti del candidato.

DOMANDA

Nella domanda stessa gli aspiranti dovranno indicare sotto la propria responsabilità:

a. Le proprie generalità, la data ed il luogo di nascita, la residenza, il godimento dei diritti civili e politici ed il recapito eletto ai fini delle comunicazioni;
b. il possesso della cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o di cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea o cittadinanza di uno stato extra -Europeo (dichiarare il possesso dei requisiti di regolarità per il soggiorno in Italia);
c. il Comune nelle cui liste elettorali risulti iscritto, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
d. le eventuali condanne riportate ovvero di non aver riportato condanne penali;
e. i titoli di studio posseduti, con indicazione della data e dell'istituto presso il quale sono stati conseguiti; I titoli di studio conseguiti all'estero saranno considerati utili purché riconosciuti equipollenti ad uno dei titoli di studio italiani dagli organi competenti ai sensi della normativa vigente in materia. A tal fine nella domanda di partecipazione all'avviso dovranno essere indicati, a pena di esclusione, gli estremi del provvedimento di riconoscimento dell'equipollenza;
f. il possesso dei requisiti specifici di ammissione, di cui al presente bando;
g. il possesso della specializzazione ove necessaria;
h. Il codice fiscale e il n. di Partita Iva.

Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 non è richiesta l'autenticazione della firma in calce alla domanda.

Alla domanda di partecipazione gli aspiranti potranno allegare tutte le certificazioni relative ai titoli che ritengono opportuno e dovranno allegare un curriculum formativo e professionale, datato e firmato, e fotocopia della carta d'identità.

In luogo delle certificazioni rilasciate dall'autorità competente, il candidato può presentare una **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nell'elenco di cui all'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (attività di servizio, borse di studio, incarichi libero-professionali, docenze, conformità agli originali di copie obbligatoriamente allegate per quanto riguarda partecipazione a corsi, convegni o seminari, pubblicazioni, comunicazioni a convegni, abstract, etc.)**

La dichiarazione resa dal candidato, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che si intende produrre; l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato.

Con particolare riferimento al servizio prestato, la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà deve contenere l'esatta denominazione dell'ente, la qualifica, il tipo di rapporto di lavoro (a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale), le date di inizio e di conclusione del servizio, nonché le eventuali interruzioni (aspettative, sospensioni, ecc…) e quant'altro necessario per valutare il servizio stesso.

In caso di accertamento di indicazioni non rispondenti a veridicità, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa.

VALUTAZIONE DEI TITOLI E DELLE DOMANDE

I titoli e le domande saranno valutati dall'apposita Commissione Esaminatrice che dovrà tenere presente, in particolare, a livello curriculare i seguenti criteri:

- attitudini e/o esperienze risultanti dal curriculum per le attività oggetto del bando;
- comprovata e pluriennale esperienza nel settore dei marcatori biomolecolari predittivi di risposta/ resistenza alla terapia con anticorpi monoclonali anti EGFR – in particolare nell'allestimento dei modelli cellulari finalizzati all'analisi dell'azione delle terapie a bersaglio molecolare nei tumori solidi;
- esperienza in strutture del Servizio Sanitario Nazionale maturata nelle attività oggetto del bando.

La Commissione, ove ritenga opportuno, potrà procedere ai fini della comparazione ad un colloquio con i singoli candidati.

La predetta procedura comparativa non prevede la formazione di una graduatoria con attribuzione di punteggi, ma solo l'individuazione dei candidati idonei al conferimento dell'incarico.

CONFERIMENTO DELL'INCARICO

Il conferimento dell'incarico al singolo professionista sarà formalizzato all'interno di apposito contratto secondo quanto previsto nel regolamento aziendale che sarà sottoscritto sia dal Direttore della S.C. Risorse umane e relazioni sindacali, su delega resa dal Direttore Generale di quest'Azienda, sia dal singolo incaricato.

L'incarico è conferibile previa presentazione all'Azienda di copia della certificazione che attesti la stipula di polizze assicurative copertura degli infortuni e della responsabilità civile verso terzi a carattere patrimoniale in relazione alla attività professionale.

L'accertamento dell'idoneità fisica allo svolgimento dell'incarico è effettuato a cura dell'Azienda.

E' richiesta l'apertura della Partita I.V.A. e l'Azienda, sulla base della normativa vigente, provvederà a richiedere alla cassa previdenziale di appartenenza del professionista incaricato la certificazione di regolarità contributiva (DURC).

NORME DI RINVIO

La partecipazione all'avviso comporta l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando, di quelle previste dal Regolamento aziendale per il conferimento di incarichi individuali, dal Codice etico (visionabile sul sito: www.ospedaleniguarda.it), che unitamente al Modello Organizzativo aziendale costituiscono, insieme, il Codice etico-comportamentale, nonché dal Codice Civile.

L'Azienda si riserva ogni più ampia facoltà in ordine alla possibilità di modificare, sospendere, annullare o revocare il presente bando o parte di esso, nonché in ordine alla proroga o alla sospensione dei termini dello stesso o al conferimento di incarico.

Ai sensi degli art. 11 e 13 del D.Lgs. n. 196/2003, si informa che i dati personali raccolti saranno utilizzati esclusivamente per finalità connesse alla presente procedura. Potranno essere comunicati ad altra P.A. o diffusi solo nei casi previsti da leggi o da regolamenti. La comunicazione ad altra P.A. è inoltre consentita quando è comunque necessaria per lo svolgimento di funzioni istituzionali.

Inoltre, in relazione al trattamento dei dati personali, l'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003.

Per le informazioni necessarie rivolgersi alla S.C. Risorse umane e relazioni sindacali – Ufficio Contratti atipici di questa Azienda – Sig.ra Daniela Montini - tel. 02 6444.3239.

Per Delega del Direttore Generale
Il Direttore S.C. Risorse Umane
e Relazioni Sindacali
f.to Dott. Patrizia Alberti

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (A.S.S.T.)
GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA
PIAZZA OSPEDALE MAGGIORE, 3 - 20162 - MILANO

Il/La sottoscritto/a (cognome)…….

(nome)…….

(scrivere in stampatello indicando anche secondi nomi non separati da virgola)

CODICE FISCALE

PARTITA IVA

Recapiti telefonici ...../.....Mail ……..……

C H I E D E

di poter partecipare a: procedura comparativa
rif.to M20 ONCO

per il conferimento di incarico libero professionale per la figura di :

……

Allo scopo e sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.200 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.

D I C H I A R A

di essere nato/a a ……..... prov.(.....) il .....

di essere residente a ……..... prov.(.....) C.A.P. .....

in via ..…..... n. .....

di essere domiciliato/a a ……..... prov.(.....) C.A.P. .....

in via ..…..... n. .....…….

(barrare le caselle corrispondenti alle DICHIARAZIONI EFFETTUATE)

che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:

☐ Residenza

☐ Domicilio

☐ Presso ……

Via/piazza ……..

C.A.P……..……..CITTA'..... .prov. (.....)

impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni

1. ☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana

2. ☐ di essere cittadino/a dello stato di ……
(per i cittadini appartenenti a uno dei Paesi dell'Unione Europea)

3. ☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di .....……
☐ di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo ……
☐ di non aver subito condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso
☐ di aver subito le seguenti condanne penali ……..……..
☐ di avere i seguenti procedimenti penali in corso……

4. ☐ di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione
5. ☐ di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione…….. ……
6. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

❑ Diploma di Laurea
in:…..……..
conseguita in data ……/……/……. presso……..……
Via ……..……CAP..……. Città ……

❑ Diploma di specializzazione nella disciplina di:
.....……
durata legale del corso anni …… conseguita in data ..……/…..……/……
presso……..……
Via ……..……CAP..……. Città ……

❑ Abilitazione all'esercizio della professione
conseguita in data ……/……/……. presso ……..…….....
Via ……..……CAP..……. Città ……

❑ Titolo di studio riconosciuto dal ministero della Salute è conseguito ai sensi del D.Lgs 368/99 (per titoli conseguiti all'estero) **(barrare la casella)**

SI ❑ **NO ❑**

conseguito in data ……/……/……. presso……..……
Via ……..……CAP..……. Città ……

❑ Altro titolo:
……
conseguito in data ……/……/……. presso ……..…….....
Via ……..……CAP..……. Città ……

9. dichiara di essere iscritto :
❑ all'albo dell'Ordine dei …….. della Provincia di .....
dal…….. al n……..
Via……..……CAP..……. Città ……..

10. di avere prestato:

- ☐ servizi presso Enti o Aziende Pubbliche del SSN, come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (all. A);
- ☐ servizi presso altri Enti pubblici, IPAB, ASP o strutture private accreditate, come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (all. B);
- ☐ servizi presso Aziende private non accreditate con il SSN, come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (all. C);
- ☐ altre attività non ricomprese nella casistica degli allegati A-B-C (all. D);

11. ☐ di non aver mai prestato attività lavorativa;
12. ☐ di aver partecipato agli eventi formativi attinenti al profilo di cui all'unito elenco (all. E);
13. ☐ di aver partecipato agli eventi formativi attinenti al profilo come docente o relatore (all. F);
14. ☐ di allegare le pubblicazioni di cui all'unito elenco (all. G).
15. ☐ di possedere ulteriori titoli o di aver prestato altre attività (all. H).
16. ☐ **di non rientrare nel caso previsto dall'art. 25 della Legge 724 del 23.12.1994;**
17. ☐ **di non rientrare nei casi previsti dall'art 6 del Decreto Legge 24.06.2014 n. 90 convertito, con modificazioni, dalla legge 114 del 11.08.2014 (trattamento di quiescenza).**

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di accettare, senza riserve, le condizioni contenute nel suddetto bando, le norme regolamentari in vigore presso questa Azienda nonché le disposizioni che disciplinano lo stato giuridico ed economico dei dipendenti dell'Azienda stessa.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali anche di quelli cosiddetti "sensibili" in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità del D. lgs 30.06.2003 n. 196 sulla c.d. "privacy".

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

Ai sensi della Legge 183/2011 l'Amministrazione procederà all'accertamento della veridicità delle dichiarazioni rilasciate. In caso di dichiarazioni false, il dichiarante verrà denunciato all'Autorità Giudiziaria e decadrà dagli eventuali benefici ottenuti con la presente autocertificazione.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda:
- un curriculum formativo e professionale
- un elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati
- copia fotostatica di un documento di identità

ALLEGATO A)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)
SERVIZI PRESTATI PRESSO ENTI O AZIENDE PUBBLICHE DEL SSN
(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione) In caso di più servizi fotocopiare più volte il presente allegato.

Il/La sottoscritto/a ……..... nato/a a ……..... il ..... consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver prestato i seguenti servizi:

1. Denominazione del datore di lavoro ……
Via ……CAP ……..città ……..

1.1 periodo dal ….. / ...../…… al ……/……/……. □ continuativo
qualifica …….. ……..…….
nella disciplina di ……..:
con rapporto di lavoro a tempo: □ indeterminato □ determinato
□ tempo pieno □ regime orario ad impegno ridotto (percentuale_____)
A titolo di: : □ dipendente □ libero prof. □ CO.CO.CO. □ borsa di studio □ altro
……..

1.2 periodo dal ….. / ...../…… al ……/……/……. □ continuativo
qualifica …….. ……..…….
nella disciplina di …….
con rapporto di lavoro a tempo: □ indeterminato □ determinato
□ tempo pieno □ regime orario ad impegno ridotto (percentuale_____)
A titolo di: : □ dipendente □ libero prof. □ CO.CO.CO. □ borsa di studio □ altro
……..

Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio.....

1.3 che il servizio è terminato per:
□ scadenza dell'incarico
□ dimissioni volontarie
□ recesso del datore di lavoro

1.4 che durante il servizio ha usufruito dei seguenti periodi di aspettativa:
Aspettative senza assegni per (motivo) ……: dal …/……/…… al … /……/……
Aspettative senza assegni per (motivo) ……: dal …/……/…… al …/……/……

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO B)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)
SERVIZI PRESTATI PRESSO ALTRI ENTI PUBBLICI, IPAB, ASP O ENTI PRIVATI ACCREDITATI CON SSN
(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione) In caso di più servizi fotocopiare più volte il presente allegato.

Il/La sottoscritto/a ……..... nato/a a ……..... il ..... consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver prestato i seguenti servizi:

1. Denominazione del datore di lavoro ……
Via ……CAP ……..città ……..

1.1 periodo dal ….. / ...../…… al ……/……/……. □ continuativo
qualifica …….. ……..…….
nella disciplina di …….
con rapporto di lavoro a tempo: □ indeterminato □ determinato
□ tempo pieno □ regime orario ad impegno ridotto (percentuale_____)
A titolo di: : □ dipendente □ libero prof. □ CO.CO.CO. □ borsa di studio □ altro
……..

1.2 periodo dal ….. / ...../…… al ……/……/……. □ continuativo
qualifica …….. ……..…….
nella disciplina di …….
con rapporto di lavoro a tempo: □ indeterminato □ determinato
□ tempo pieno □ regime orario ad impegno ridotto (percentuale_____)
A titolo di: : □ dipendente □ libero prof. □ CO.CO.CO. □ borsa di studio □ altro
……..

1.3 che il servizio è terminato per:
□ scadenza dell'incarico
□ dimissioni volontarie
□ recesso del datore di lavoro

1.4 che durante il servizio ha usufruito dei seguenti periodi di aspettativa:
Aspettative senza assegni per (motivo) ……: dal …/……/…… al … /……/……
Aspettative senza assegni per (motivo) ……: dal …/……/…… al …/……/……

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO C)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)
SERVIZI PRESTATI PRESSO ENTI PRIVATI NON ACCREDITATI CON IL SSN
(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione) In caso di più servizi fotocopiare più volte il presente allegato.

Il/La sottoscritto/a ……..
nato/a a ……..... il ..... consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver prestato i seguenti servizi:

1. Denominazione del datore di lavoro ……
Via ……CAP ……..città ……..

1.1 periodo dal ….. / ...../…… al ……/……/……. □ continuativo
qualifica …….. ……..…….
nella disciplina …….
con rapporto di lavoro a tempo: □ indeterminato □ determinato
□ tempo pieno □ regime orario ad impegno ridotto (percentuale_____)
A titolo di: : □ dipendente □ libero prof. □ CO.CO.CO. □ borsa di studio □ altro
……..

1.2 periodo dal ….. / ...../…… al ……/……/……. □ continuativo
qualifica …….. ……..…….
nella disciplina di ……..
con rapporto di lavoro a tempo: □ indeterminato □ determinato
□ tempo pieno □ regime orario ad impegno ridotto (percentuale_____)
A titolo di: : □ dipendente □ libero prof. □ CO.CO.CO. □ borsa di studio □ altro
……..

1.3 che il servizio è terminato per:
□ scadenza dell'incarico
□ dimissioni volontarie
□ recesso del datore di lavoro

1.4 che durante il servizio ha usufruito dei seguenti periodi di aspettativa:
Aspettative senza assegni per (motivo) ……: dal …/……/…… al … /……/……
Aspettative senza assegni per (motivo) ……: dal …/……/…… al …/……/……

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO D)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)
ALTRE ATTIVITA' NON RICOMPRESE NELLA CASISTICA DEGLI ALLEGATI A-B-C
(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)

Il/La sottoscritto/a ……..
nato/a a ……..... il ..... consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver svolto le seguenti attività:

1. presso …….
Via ……CAP ……città ……..
1.1 periodo dal ….. / ...../……. al ……/……/…….
In qualità di: ❑ volontario ❑ frequentatore ❑ altro
per un numero di …….. ore settimanali

2. presso …….
Via ……CAP ……città ……..
2.1 periodo dal ….. / ...../……. al ……/……/…….
In qualità di: ❑ volontario ❑ frequentatore ❑ altro
per un numero di …….. ore settimanali

3. presso …….
Via ……CAP ……città ……..
3.1 periodo dal ….. / ...../……. al ……/……/…….
In qualità di: ❑ volontario ❑ frequentatore ❑ altro
per un numero di …….. ore settimanali

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO E)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)
EVENTI FORMATIVI FREQUENTATI, (costituisce parte integrante della domanda di partecipazione) In caso di più eventi fotocopiare più volte il presente allegato.

Il/La sottoscritto/a ……..... nato/a a ……..... il ..... consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver partecipato ai seguenti eventi formativi:

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): ……
  Denominazione: ……
  Organizzato da: ……..
  Sede dell'evento: ……
  Durata: dal …… al ……
  □ con superamento di esame finale, con il punteggio di ……/…..
  □ il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): ……
  Denominazione: ……
  Organizzato da: ……..
  Sede dell'evento: ……
  Durata: dal …… al ……
  □ con superamento di esame finale, con il punteggio di ……/…..
  □ il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): ……
  Denominazione: ……
  Organizzato da: ……..
  Sede dell'evento: ……
  Durata: dal …… al ……
  □ con superamento di esame finale, con il punteggio di ……/…..
  □ il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): ……
  Denominazione: ……
  Organizzato da: ……..
  Sede dell'evento: ……
  Durata: dal …… al ……
  □ con superamento di esame finale, con il punteggio di ……/…..
  □ il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO F)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)
EVENTI FORMATIVI – IN QUALITA' DI DOCENTE/RELATORE (costituisce parte integrante della domanda di partecipazione) In caso di più eventi fotocopiare più volte il presente allegato.

Il/La sottoscritto/a ……..... nato/a a ……..... il ..... consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver partecipato ai seguenti eventi formativi:

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): …….
  Denominazione: ……
  Organizzato da: ……..
  Sede dell'evento: ……
  Durata: dal …… al ……
  □ attività di docente/relatore per n. ore ……

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): …….
  Denominazione: ……
  Organizzato da: ……..
  Sede dell'evento: ……
  Durata: dal …… al ……
  □ attività di docente/relatore per n. ore ……

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): …….
  Denominazione: ……
  Organizzato da: ……..
  Sede dell'evento: ……
  Durata: dal …… al ……
  □ attività di docente/relatore per n. ore ……

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): …….
  Denominazione: ……
  Organizzato da: ……..
  Sede dell'evento: ……
  Durata: dal …… al ……
  □ attività di docente/relatore per n. ore ……

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO G)
ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI, attinenti al profilo,
(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)

Il/La sottoscritto/a ……..... nato/a a ……..... il ..... consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara la seguente produzione scientifica:

(riportare la relativa numerazione anche sulla fotocopia allegata)

1. Tipologia (pubblicazione, capitolo di libro, abstract, poster, atto di congresso):
   .....……. ……
   Titolo: ……..……
   Autori:…… ……..
   Editore/rivista:……
   Data di pubblicazione: …… ……

2. Tipologia (pubblicazione, capitolo di libro, abstract, poster, atto di congresso):
   .....……. ……
   Titolo: ……..……
   Autori:…… ……..
   Editore/rivista:……
   Data di pubblicazione: …… ……

3. Tipologia (pubblicazione, capitolo di libro, abstract, poster, atto di congresso):
   .....……. ……
   Titolo: ……..……
   Autori:…… ……..
   Editore/rivista:……
   Data di pubblicazione: …… ……

4. Tipologia (pubblicazione, capitolo di libro, abstract, poster, atto di congresso):
   .....……. ……
   Titolo: ……..……
   Autori:…… ……..
   Editore/rivista:……
   Data di pubblicazione: …… ……

Dichiara altresì, che le copie dei documenti allegati alla presente istanza, sono conformi agli originali in suo possesso, ai sensi dell'art. 19 del DPR 445/2000.

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO H)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____