

AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA PER LA FORMAZIONE
DI ELENCHI DI CANDIDATI IDONEI PER IL CONFERIMENTO
DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI PER PSICOLOGI NEL BIENNIO 2019-2020

Pubblicato su sito aziendale www.ospedaleniguarda.it

SI RENDE NOTO

che in attuazione alla determinazione n. 93 del 26.03.2019 ed ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D.Lgs 165/2001 s.m.i. ed agli artt. 2222 e segg. del Codice Civile, è indetta una procedura per la formazione di elenco di personale idoneo a cui affidare incarichi libero professionali nel biennio 2019-2020, di durata variabile, da svolgersi presso le strutture dell'Azienda, per l'effettuazione di prestazioni professionali specialistiche, anche in ambito di specifici progetti, secondo le necessità aziendali ed in accordo con il Direttore/Responsabile della Struttura di assegnazione, ed in coerenza ai vincoli di spesa vigenti o a seguito di specifico finanziamento.

Gli incarichi saranno regolati da apposito contratto e non costituiranno rapporto di lavoro dipendente. Sono esclusi vincoli di subordinazione.

I compensi saranno calcolati con riferimento ad una base standard pari a 25 euro a prestazione (intesa come insieme di attività cliniche, organizzative e progettuali necessarie per la realizzazione degli obiettivi previsti), onnicomprensivi lordi. I professionisti individuati per la stipula di specifico contratto dovranno essere in possesso di Partita Iva per la regolare emissione delle fatture.

Gli incarichi libero professionali da assegnare richiederanno competenze nelle seguenti aree:

MACROAREA 1 - ATTIVITA' NELL'AMBITO DELLA PSICHIATRIA PER ADULTI
aree di competenza:

- a) Attività di prevenzione, valutazione e trattamento negli esordi dei disturbi mentali gravi
- b) Attività di valutazione e trattamento delle persone con disturbi del comportamento alimentare
- c) Attività di valutazione e trattamento delle donne con disturbi psichici nel periodo perinatale
- d) Attività di valutazione e trattamento delle persone migranti con disturbi psichici

Requisiti specifici per questa macroarea sono:

- ↳ diploma di laurea in psicologia vecchio ordinamento ovvero laurea magistrale o specialistica con specializzazione in psicoterapia o diploma universitario equivalente;
- ↳ esperienza lavorativa almeno biennale in un servizio di psichiatria accreditato.

MACROAREA 2 - ATTIVITA' NELL'AMBITO DELLA NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
aree di competenza:

- a) Attività di valutazione e trattamento nei disturbi del neuro sviluppo: ADHD, disturbi di linguaggio, disturbi dell'apprendimento
- b) Attività di valutazione e trattamento dei minori migranti con disturbi psichici
- c) Attività di valutazione e trattamento nei disturbi psichici in età pediatrica e adolescenziale, in ambito ospedaliero e/o territoriale nei diversi regimi assistenziali (ambulatorio, degenze ospedaliere e residenziali)
- d) Attività di valutazione e trattamento delle disabilità neuropsichiche in età pediatrica (autismo Infantile, disabilità neuropsicologiche correlate a patologie del sistema nervoso, sindromi malformative, ritardo mentale, ipovisione)

Requisiti specifici per questa macroarea sono:

- ↳ diploma di laurea in psicologia vecchio ordinamento ovvero laurea magistrale o specialistica con specializzazione in psicoterapia o diploma universitario equivalente
- ↳ esperienza formativa e/o lavorativa almeno biennale nelle specifiche aree di competenza, presso strutture ospedaliere di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del SSN.

MACROAREA 3 - ATTIVITA' DI PSICOLOGIA CLINICA DI CONSULENZA ALLE ATTIVITA' OSPEDALIERE
aree di competenza:

- a) Valutazione e trattamento delle persone con disturbi psichici primari e con condizioni psichiche secondarie alle patologie oncoematologiche, croniche, neurodegenerative
- b) Valutazione e trattamento delle persone candidate a trapianto (organo, insulae, midollo) e dei donatori viventi
- c) Valutazione e trattamento delle persone in area critica (Trauma Center, Centro ustioni, Terapia intensiva, Unità spinale).

Requisiti specifici per questa macroarea sono:

- ↳ diploma di laurea in psicologia vecchio ordinamento ovvero laurea magistrale o specialistica con specializzazione in psicoterapia o diploma universitario equivalente
- ↳ esperienza lavorativa almeno biennale nel SSN in ambito ospedaliero.

MACROAREA 4 – ATTIVITA' IN AMBITO NEUROPSICOLOGICO
aree di competenza:

- a) Valutazione di pazienti con disturbi congeniti e acquisiti della sfera cognitiva e comportamentale nel ciclo di vita
- b) Valutazione di pazienti con patologie neurodegenerative
- c) Progettazione di interventi di riabilitazione cognitivo-comportamentale e strumentale di pazienti con disturbi neuropsicologici
- d) Intervento strutturato psicoeducativo di supporto ai caregiver di pazienti con patologie neuropsicologiche complesse acute e croniche
- e) Certificazione internazionale, conseguita anche in passato, per la conduzione di valutazioni cognitivo-comportamentali con test e scale nell'ambito di trial farmacologici con rilevante componente diagnostica e di studio longitudinale, neuropsicologica
- f) Competenze nella selezione e implementazione di dati clinici e di neuroimaging per "big data analysis".

Requisiti specifici per questa macroarea sono:

- ↳ diploma di laurea in psicologia vecchio ordinamento ovvero laurea magistrale o specialistica con specializzazione in psicoterapia o diploma universitario equivalente
- ↳ esperienza lavorativa almeno biennale in una delle specifiche aree cliniche, presso strutture ospedaliere del SSN, CDCD (centro per disturbi cognitivi e demenze) nell'ambito della neuropsicologia per tutti i punti.

REQUISITI DI AMMISSIONE

I candidati, per essere inseriti nell'elenco, dovranno essere in possesso, al momento della presentazione della domanda, 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);
- ↳ possesso dei requisiti specifici sopra indicati per ciascuna macroarea;
- ↳ 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 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.

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.

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di partecipazione redatta in carta semplice dovrà pervenire al Protocollo Generale – 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 10.04.2019 a pena di esclusione;

qualora detto giorno sia festivo, o cada di sabato, il termine è prorogato alla stessa ora del primo giorno successivo non festivo.

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 08,30 alle ore 15,30 - 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 ELENCO PSICO1920**.

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 risulta 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 codice fiscale e il numero di Partita Iva.

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

In fase di compilazione della domanda, ciascun candidato dovrà proporre la propria candidatura indicando la/le macroarea/e.

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.

FORMAZIONE DELL'ELENCO DEI CANDIDATI

Le domande pervenute entro il termine di scadenza previsto e secondo le modalità del presente bando saranno valutate per l'inclusione nell'elenco dei candidati aventi i requisiti di ammissione e ritenuti idonei al conferimento di incarico libero professionale.

Un'apposita Commissione esaminatrice provvederà alla verifica del possesso dei requisiti di ammissione, alla valutazione delle domande pervenute nei termini e all'espletamento del colloquio con i candidati ammessi.

Tale Commissione sarà composta dal Direttore del Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze in qualità di Presidente, dal Responsabile della S.S.D. Servizio di psicologia clinica e da un ulteriore componente in base alla macroarea di attività:

- macroarea 1 e 3: un dirigente della S.S.D. Servizio di psicologia clinica
- macroarea 2: il Direttore f.f. della S.C. Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- macroarea 4: la Responsabile della S.S.D. Centro di neuropsicologia cognitiva

o loro delegati.

La Commissione procederà all'ammissione/non ammissione, alla valutazione comparativa delle domande, dei curricula e della documentazione presentata e ad un colloquio con i singoli candidati ammessi e sarà coadiuvata da personale amministrativo della S.C. Risorse umane e relazioni sindacali, che svolgerà anche le attività di verbalizzazione.

L'elenco dei candidati ammessi/non ammessi e il calendario delle convocazioni al colloquio saranno pubblicati sul sito internet aziendale (www.ospedaleniguarda.it – Lavora con noi – Concorsi – Libero professionisti). Tale pubblicazione è da intendersi a tutti gli effetti quale notifica ufficiale ai candidati.

I candidati ammessi saranno convocati a sostenere il colloquio

nelle giornate del 12 aprile 2019 e/o del 17 aprile 2019

presso la Sala Riunioni della S.C. Risorse umane e relazioni sindacali (Area Sud – pad. 6 – primo piano) dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda – Piazza Ospedale Maggiore, 3 – Milano. E' necessario presentarsi con valido documento di identità.

Si precisa che la convocazione come da calendario dei colloqui non potrà essere modificata e pertanto non saranno prese in considerazione richieste di spostamento del colloquio in altra data o fascia oraria. La mancata presentazione al colloquio sarà considerata rinuncia.

Gli elementi curriculari di valutazione che la Commissione utilizzerà per la comparazione saranno i seguenti, così come dichiarati dal candidato nella domanda:

- esperienza lavorativa documentata nell'ambito di progetti o servizi di psichiatria dedicati a tematiche strategiche innovative in salute mentale;
- esperienza lavorativa documentata nell'ambito di progetti e servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza nelle diverse aree cliniche;
- esperienza lavorativa documentata nell'ambito di progetti e di servizi di psicologia clinica nelle strutture ospedaliere del S.S.N.;
- esperienza documentata nell'ambito di progetti e di servizio svolti presso strutture ufficialmente riconosciute quali centri di Neuropsicologia e CDCD;
- esperienza professionale maturata in ambito delle attività oggetto dell'incarico da conferire;
- esperienza professionale maturata in ambito delle attività oggetto dell'incarico da conferire presso enti del Servizio Sanitario Nazionale, altri enti pubblici, enti privati accreditati;
- esperienza professionale maturata in altri ambiti presso enti del Servizio Sanitario Nazionale, altri enti pubblici, enti privati accreditati;
- attitudini e/o esperienze risultanti dal curriculum vitae.

I candidati ritenuti idonei saranno inseriti nell'elenco suddiviso per macroarea e area di competenza, in ordine alfabetico senza espressione di graduatoria.

L'Azienda approverà l'elenco degli idonei e il conferimento degli incarichi mediante provvedimento deliberativo del Direttore Generale. La pubblicazione dell'elenco degli idonei sul sito internet aziendale varrà ad ogni effetto quale notifica ai candidati.

La predisposizione dell'elenco non esclude la possibilità per l'Azienda di bandire altre procedure comparative per incarichi libero professionali per il medesimo profilo.

INDIVIDUAZIONE DEL CANDIDATO CUI CONFERIRE L'INCARICO

La Commissione sopra citata individuerà, in sede di formazione degli elenchi, i candidati cui conferire gli incarichi professionali richiesti in relazione alle aree di competenza sopra indicate.

Nel caso di conferimento di ulteriori incarichi sarà pubblicata notizia sul sito internet aziendale.

Il Responsabile della S.S.D. Servizio di psicologia clinica, in base alle competenze richieste dall'incarico, indicherà la composizione della Commissione, composta da 1 Presidente e 2 componenti, che sulla base della comparazione effettuata, eventualmente integrata da ulteriore colloquio da comunicare tramite avviso sul sito con un preavviso di almeno 7 giorni, individuerà il candidato presente in elenco cui conferire l'incarico.

Il candidato individuato ha facoltà di rifiutare l'incarico offerto o di chiedere la cancellazione del proprio nominativo dall'elenco. In ogni caso, al secondo rifiuto il candidato sarà depennato dall'elenco.

CONFERIMENTO DELL'INCARICO

Il candidato individuato per il conferimento dell'incarico sarà invitato a sottoscrivere il contratto libero professionale.

Saranno condizioni necessarie per la sottoscrizione del contratto:

- la stipulazione con un primario istituto, a spese del candidato, di una o più polizze assicurative annuali a "primo rischio" sulla responsabilità civile e professionale con massimale minimo di € 1.500.000,00, nonché una polizza a copertura rischio infortunistico con massimale minimo di € 500.000,00, rispettivamente ripartito in € 250.000,00 per caso morte e in € 250.000,00 per invalidità permanente.

L'Azienda procederà ad effettuare l'accertamento dell'idoneità psico-fisica del professionista allo svolgimento dell'incarico; tale accertamento è condizione necessaria per la sottoscrizione del contratto.

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

Gli incarichi conferiti per la realizzazione dei progetti potranno eventualmente essere prorogati una sola volta subordinatamente alla continuità dei progetti stessi e ai rispettivi finanziamenti nell'anno di riferimento.

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.

I dati personali forniti dai candidati con la domanda di partecipazione al presente avviso, saranno trattati per le finalità di gestione della procedura e per quelle connesse all'eventuale procedimento di conferimento dell'incarico nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza di cui al Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo.

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 Acquisizione risorse umane di questa ASST tel. 02 6444.2737 - 3239 – 4538 – 4589 .

Per Delega del Direttore Generale
Il Direttore della 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

CHIEDE

di poter partecipare a: procedura comparativa
rif.to ELENCO PSICO1920 – MACROAREAE.....
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.

DICHIARA

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.....

ViaCAP..... Città

- Diploma di specializzazione nella disciplina:

- Master universitario in:

.....

durata legale del corso anni conseguito in data/...../.....

presso.....

ViaCAP..... Città

- Abilitazione all'esercizio della professione

conseguita in data/...../..... presso

ViaCAP..... 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.....

ViaCAP..... Città

7. dichiara di essere iscritto :

- all'albo dell'Ordine dei della Provincia/Regione di

dal..... al n.....

Via.....CAP..... Città

**8. di aver maturato esperienza professionale almeno biennale dal _____ al _____
presso:_____**

9. 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);
10. di non aver mai prestato attività lavorativa;
11. di aver partecipato agli eventi formativi attinenti al profilo di cui all'unito elenco (all. E);
12. di aver partecipato agli eventi formativi attinenti al profilo come docente o relatore (all. F);
13. di allegare le pubblicazioni di cui all'unito elenco (all. G).
14. di possedere ulteriori titoli o di aver prestato altre attività (all. H).
15. **di non rientrare nel caso previsto dall'art. 25 della Legge 724 del 23.12.1994;**
16. **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 autocertificato
- un elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati
- copia fotostatica di un documento di identità in corso validità.

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
ViaCAPcittà

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
ViaCAPcittà

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

ViaCAPcittà

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

ViaCAPcittà

1.1 periodo dal //..... al //.....

In qualità di: volontario frequentatore altro

per un numero di ore settimanali

2. presso

ViaCAPcittà

2.1 periodo dal //..... al //.....

In qualità di: volontario frequentatore altro

per un numero di ore settimanali

3. presso

ViaCAPcittà

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
seguinte 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 _____