Avviso n. G3 ISTO **Atti 381/2019 all. 1/2**

AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI UNA BORSA DI STUDIO

PER LAUREATO IN POSSESSO DI DIPLOMA DI LAUREA IN SCIENZE BIOLOGICHE PRESSO LA S.C. ANATOMIA ISTOLOGIA PATOLOGICA E CITOGENETICA

Si rende noto che con determinazione dirigenziale n. 95 del 02.04.2019 è stata istituita una borsa di studio della durata di 9 mesi dalla data di assegnazione, non tacitamente rinnovabile, per un importo complessivo lordo di €. 18.000,00 comprensivo degli oneri di legge sia a carico del professionista che a carico dell'azienda, questi ultimi pari ad €. 1.410,14 lordi, per lo svolgimento di uno studio nell'ambito del progetto denominato: "Genomic based triage for target therapy in colorectal cancer" per il quale si prevedono attività di gestione dei campioni tissutali che verranno utilizzati per la tipizzazione genomica del tumore, con particolare riferimento alla registrazione centralizzata nei data base istituzionali, alla collaborazione alle analisi e alla stesura dei reports informativi cadenzati.

ART. 1

Per la partecipazione all'avviso è richiesto, pena l'esclusione, il possesso del seguente requisito:

- **Diploma di laurea in Scienze biologiche o laurea specialistica o magistrale;**

Detto requisito deve essere posseduto alla data di presentazione della domanda di ammissione.

ART. 2

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 sito al piano rialzato – Padiglione 6 (orario dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 15.30) dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, P.zza Ospedale Maggiore 3 – 20162 Milano

entro le ore 12.00 del 29.04.2019 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.

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 rialzato – Padiglione 6 - dell'ASST 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'ASST 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: bando n. G3 ISTO 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'ASST 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'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda 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'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda nei confronti del candidato.

ART. 3

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

- 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;
- il possesso della cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle vigenti, o di cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea (in caso di cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea, il candidato dovrà essere in regola con le vigenti norme in materia di soggiorno nel territorio italiano);
- il Comune nelle cui liste elettorali risulti iscritto, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione delle liste medesime;
- le eventuali condanne riportate ovvero di non aver riportato condanne penali;
- 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 ovvero equivalenti ad uno dei titoli di studio italiani, ai sensi della normativa vigente in materia;
- il possesso dei requisiti specifici di ammissione, di cui al presente bando;
- il possesso della specializzazione ove necessaria;
- il codice fiscale.

Sono esclusi dal conferimento della presente borsa di studio coloro che abbiano già in corso un lavoro dipendente.

ART. 4

La domanda di ammissione deve essere redatta secondo lo schema esemplificativo allegato al presente bando.
Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. n. 445 del 28.10.2000 non è richiesta l'autenticazione della firma in calce alla domanda.
Alla domanda di partecipazione redatta ai sensi degli art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 gli aspiranti devono allegare un curriculum formativo e professionale in formato *europass*, datato e firmato, e fotocopia della carta d'identità e codice fiscale.

Alla domanda di partecipazione gli aspiranti potranno inoltre allegare tutte le certificazioni relative ai titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito, in copia fotostatica, nonchè una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per tutti gli stati, fatti e qualità personali di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, (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.) accompagnata da fotocopia della carta di identità.

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

Non è ammessa la produzione di documenti ed altro dopo la scadenza del termine utile per la presentazione delle domande di ammissione.

ART. 5

Il conferimento della borsa di studio avverrà sulla base della valutazione che verrà effettuata da apposita Commissione Esaminatrice nominata dell''ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, che valuterà il possesso dei requisiti e la documentazione allegata alla domanda di partecipazione.

Ai fini della valutazione dei titoli presentati dai candidati la Commissione dispone complessivamente di 20 punti così ripartiti:

a.	titoli di carriera	punti 4
b.	titoli accademici	punti 3
c.	pubblicazioni e titoli scientifici	punti 3
d.	curriculum formativo e professionale	punti 10

Nel caso la Commissione ritenga di procedere con il colloquio, il giorno, l'ora e la sede di svolgimento del colloquio verranno comunicati ai candidati mediante pubblicazione, non meno di 7 giorni prima, sul sito internet aziendale www.ospedaleniguarda.it – lavora con noi – concorsi – incarichi libero professionali – borse di studio.

Tale pubblicazione è da intendersi a tutti gli effetti quale notifica ufficiale ai candidati.

La valutazione della commissione è insindacabile ed inappellabile.

La procedura di selezione non è una procedura concorsuale e non prevede la formazione di una graduatoria con obbligo di scorrimento ed esaurimento della stessa.

ART. 6

A seguito della valutazione, con provvedimento deliberativo del Direttore Generale, la borsa di studio verrà conferita al candidato che abbia ottenuto il punteggio maggiore.

Dell'esito della procedura di selezione per il conferimento di borsa di studio viene data pubblicità mediante pubblicazione sul sito internet aziendale.

Il candidato vincitore viene convocato dall'Ufficio preposto per la formalizzazione dell'assegnazione.

L'assegnazione è comunque subordinata all'accertamento dell'idoneità fisica in relazione ai compiti connessi all'attività che l'assegnatario svolgerà.

La borsa di studio non è cumulabile con altre borse di studio, né con assegni o sovvenzioni di analoga natura e la fruizione è incompatibile con la frequenza di corsi di dottorato di ricerca universitari con assegni. La borsa non può essere cumulata neppure con stipendi o retribuzione di qualsiasi natura derivanti da rapporti di impiego pubblico o privato.

ART. 7

Il conferimento della borsa di studio non dà luogo a rapporto di impiego e la prestazione del borsista non è riconducibile in alcun modo a lavoro subordinato.

L'attività dell'assegnatario della borsa di studio dovrà essere svolta in modo continuativo, secondo un programma di frequenza stabilito e concordato con il Direttore della S.C.

Le assenze ingiustificate costituiscono motivo di revoca immediata alla borsa di studio.

Il borsista può svolgere, ove il progetto della borsa di studio ne richieda la necessità, attività di tipo clinico o laboratoristico solamente sotto tutoraggio o supervisione di personale strutturato dell'Azienda e qualificato per l'oggetto della borsa di studio.

Per l'espletamento della sua attività di ricerca e studio all'interno della struttura dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, il borsista dovrà produrre documentazione idonea ad attestare di aver stipulato apposita polizza assicurativa a copertura dei rischi sia infortunistici che di responsabilità civile verso terzi.

Il borsista dovrà scrupolosamente rispettare le misure di prevenzione e di emergenza circa i rischi specifici esistenti negli ambienti in cui svolgerà l'attività ai sensi del d.lgs. 81/08 e s.m.i adottate dall'Azienda.

ART. 8

La borsa di studio verrà corrisposta in rate a cadenza mensile posticipate.

In caso di mancato o ritardato svolgimento dell'attività oggetto della borsa di studio l'Azienda può sospendere o cessare il pagamento di ogni somma.

Le borse sono soggette alle ritenute fiscali previste dalla vigente normativa sui redditi assimilati al lavoro dipendente come determinato dall'art. 47 e ss. del TUIR e non danno luogo a trattamenti previdenziali, né a valutazioni giuridiche ed economiche ai fini delle carriere, nè a diritto alcuno per la costituzione di un rapporto di lavoro.

A nessun titolo possono essere attribuiti al borsista ulteriori somme oltre a quelle stabilite nel bando.

L'attività svolta dall'assegnatario della borsa di studio dovrà essere documentata da un lavoro che lo stesso presenterà alla scadenza e che dovrà essere accompagnato da una certificazione del Direttore della S.C. attestante l'effettivo adempimento relativo allo studio o ricerca da parte del borsista degli obblighi derivanti dall'assegnazione.

ART. 9

Il borsista ha la facoltà di recedere dalla borsa di studio con un preavviso di almeno 15 giorni con comunicazione mediante raccomandata R.R. o consegna brevi mani all'ufficio preposto: in tal caso la data di consegna della comunicazione è intesa quale notifica ai fini del calcolo del preavviso.

In caso di recesso anticipato senza il dovuto preavviso l'Azienda provvederà a trattenere l'equivalente economico corrispondente.

L'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda può recedere in qualsiasi momento, e a giudizio insindacabile dalla medesima e senza diritto a risarcimento, riconoscendo comunque al borsista il pagamento del compenso dell'intero mese nel quale avviene il recesso.

ART. 10

La partecipazione all'avviso pubblico comporta l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando, del Codice etico (visionabile sul sito dell'Ospedale; www.ospedaleniguarda.it) – che unitamente al Modello Organizzativo Aziendale costituisce il Codice etico-comportamentale – nonché del Codice Civile.

I dati personali forniti dai candidati con la domanda di partecipazione all'avviso saranno trattati per le finalità di gestione della procedura e per quelle connesse all'eventuale assegnazione della borsa 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.

L'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda si riserva ogni più ampia facoltà in ordine alla proroga dei

termini, la loro sospensione, nonché la revoca o l'annullamento del presente avviso.

Per le informazioni necessarie rivolgersi alla S.C. Risorse Umane e Relazioni Sindacali – Ufficio Contratti Atipici dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda – dr.ssa Giulia Marruso tel. 02/6444.4033- 2737.

Per delega del Direttore Generale
Il Direttore S.C. Risorse umane e relazioni sindacali

f.to (Dott. Patrizia Alberti)

AL DIRETTORE GENERALE
ASST 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

per il conferimento di una borsa di studio

rif.to G3 ISTO

per la figura di

……

Allo scopo e sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.200 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).

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 n. 196 del 30.06.2003 sulla c.d. "privacy" e s.m.i. .

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

Ai sensi della Legge n. 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 in formato europeo ed autocertificato
- un elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

ALLEGATO A)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. n. 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. n. 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. n. 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. n. 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. n. 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. n. 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. n. 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. n. 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. n. 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. n. 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. n. 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. n. 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. n. 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 D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO H)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. n. 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. n. 445/2000

DICHIARA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____