



**Data di inizio affissione: 23.09.2014**

**Scadenza ore 12,00 del 07.10.2014**

### **AVVISO DI PUBBLICA SELEZIONE PER TITOLI E COLLOQUIO**

Si rende noto che questa Azienda intende formulare, tramite avviso di pubblica selezione per titoli e colloquio, una graduatoria da utilizzare per la stipula di contratti di lavoro a tempo determinato – incarico e/o supplenza – per il profilo di:

#### **DIRIGENTE MEDICO PER LA DISCIPLINA DI MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA DA ASSEGNARE ALLA S.S.D. DIABETOLOGIA**

##### **Requisiti generali di ammissione**

- cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- idoneità fisica all'impiego;  
l'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego, con l'osservanza delle norme in tema di categorie protette, è effettuata a cura di questa Azienda Ospedaliera prima dell'immissione in servizio.

Non possono accedere agli impieghi coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo nonché coloro che siano stati dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

##### **Requisiti specifici di ammissione**

- 1) laurea in medicina e chirurgia.
- 2) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso o in disciplina equipollente prevista dal D.M. 30.01.1998. Il personale in servizio di ruolo presso le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale con inquadramento nella qualifica e disciplina messa a concorso, al 01.02.98 data di entrata in vigore del D.P.R. 483 del 10.12.97, è esentato dal requisito della specializzazione nella stessa disciplina ai fini dell'ammissione e partecipazione ai concorsi presso le Aziende Ospedaliere diverse da quella di appartenenza (art. 56 del D.P.R. 483/97).
- 3) abilitazione all'esercizio della professione medico-chirurgica;
- 4) iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi o al corrispondente albo di uno dei Paesi dell'Unione Europea. E' comunque fatto salvo l'obbligo dell'iscrizione all'Albo Professionale in Italia prima dell'assunzione in servizio.

I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del bando.

##### **Domanda di ammissione**

Per la partecipazione all'avviso gli aspiranti devono presentare, secondo una delle sottoindicate modalità, apposita domanda firmata, in carta semplice, da formularsi utilizzando il fac-simile allegato al presente bando.

Sono ammesse le seguenti modalità di presentazione delle domande:

- **consegna diretta**, a cura e responsabilità dell'interessato, presso l'**Ufficio Protocollo** sito al piano rialzato dell'Area Ingresso – Padiglione 1 - dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda" - P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 MILANO, entro la scadenza del bando.

(orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 08,30 alle ore 15,30) (ore 12,00 del giorno di scadenza);

oppure

- **a mezzo del servizio postale**, con plico indirizzato al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda" - P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 MILANO. Le domande si considerano prodotte in tempo utile se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro e non oltre le ore 12,00 del giorno di scadenza del bando. A tal fine si precisa che il rispetto dei termini è comprovato dal timbro dell'Ufficio postale accettante indicante la data e l'ora della spedizione.

Non verranno ritenute valide le domande pervenute via fax o via e-mail.

oppure

- invio della domanda e dei relativi allegati, tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata tradizionale (PEC), esclusivamente all'indirizzo mail **postacertificata@pec.ospedaleniguarda.it**

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 Ospedaliera. L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, in un unico file in formato PDF, deve avvenire tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) personale del candidato, esclusivamente all'indirizzo mail sopra indicato, entro le ore 12,00 del giorno di scadenza del bando.

A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di predisposizione dell'unico file PDF da inviare, contenente tutta la documentazione che sarebbe stata oggetto dell'invio cartaceo:

- sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;

oppure

- sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione della documentazione (compresa scansione fronte/retro di un valido documento di identità).

Le domande inviate ad altra casella di posta elettronica dell'Azienda Ospedaliera non verranno prese in considerazione.

Nella PEC di trasmissione della domanda, l'oggetto dovrà chiaramente indicare l'avviso pubblico al quale si chiede di partecipare, nonché nome e cognome del candidato.

L'invio tramite PEC, come sopra descritto, sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale.

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'A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda" nei confronti del candidato.

Le suddette modalità di trasmissione elettronica della domanda e della documentazione di ammissione all'avviso per il candidato che intenda avvalersene, si intendono tassative.

L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni imputabile a terzi o per inesatta indicazione dell'indirizzo da parte del candidato.

Non sarà presa in considerazione, in nessun caso, l'eventuale documentazione integrativa pervenuta oltre i termini di presentazione prescritti dal presente bando.

Nella domanda di partecipazione all'avviso, debitamente sottoscritta, redatta in forma di autocertificazione a norma dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, il candidato dovrà dichiarare sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 del D.P.R. 445/2000), quanto segue:

- cognome e nome, data e luogo di nascita, residenza, domicilio, codice fiscale;
- il possesso della cittadinanza italiana o di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- il comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- le eventuali condanne penali riportate ed i procedimenti penali in corso; in caso negativo dovrà dichiararne espressamente l'assenza;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;

- la posizione nei riguardi degli obblighi militari (non sono tenuti alla dichiarazione i nati successivamente all'01.01.1986, data di sospensione del servizio obbligatorio di leva di cui alla legge 226/2004) ;
- l'eventuale condizione di invalidità civile o del lavoro;
- i titoli che danno diritto a riserva, a precedenza o a preferenza, ai fini dell'applicazione dell'art. 5 del D.P.R. 487/94;
- il titolo di studio richiesto per l'ammissione all'avviso (esatta denominazione), la data, la sede, la denominazione completa dell'Istituto di conseguimento (per i candidati che hanno conseguito il titolo di studio presso Istituti esteri devono essere dichiarati gli estremi del provvedimento di equipollenza del titolo di studio posseduto a quello italiano richiesto dal bando);
- gli ulteriori titoli di studio posseduti;
- l'iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi o al corrispondente albo di uno dei Paesi dell'Unione Europea, la data, il numero di iscrizione e la sede;
- il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione con il relativo numero di codice di avviamento postale, eventuale recapito telefonico ed indirizzo di posta elettronica. In assenza di tali indicazioni eventuali comunicazioni saranno effettuate presso la residenza indicata. In caso di utilizzo del servizio PEC per l'invio della domanda, questo equivale ed elezione di domicilio informatico come precedentemente specificato.

**Alla domanda dovrà essere unita, pena l'esclusione, copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.**

**La mancata sottoscrizione della domanda di ammissione comporta l'esclusione dall'avviso.**

#### Documentazione da allegare alla domanda

Alla domanda devono essere allegati:

- 1) un curriculum formativo e professionale, redatto su carta semplice, datato e firmato dal candidato che ha unicamente uno scopo informativo: le attività e i titoli in esso indicati non potranno formare oggetto di valutazione se non formalmente autocertificati nelle forme e nei modi indicati nel presente bando;
- 2) un elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati;
- 3) le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà (art. 47 del D.P.R. 445/2000) comprovanti i servizi di carriera/le esperienze professionali; a tal fine possono essere utilizzati gli schemi di dichiarazione: all. A), all. B), all. C) e all. D) allegati al presente bando;  
nelle dichiarazioni relative ai servizi di carriera presso Aziende o Enti del SSN deve essere attestato se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20/12/1979, n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. Nel caso positivo l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio;  
non saranno valutate le dichiarazioni non complete o imprecise;
- 4) le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà a' sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 per:
  - eventi formativi frequentati anche come docente o relatore attinenti al profilo oggetto del presente avviso, nel quinquennio antecedente al bando (successivi all'01.01.2009); A tal fine possono essere utilizzati gli schemi di dichiarazione: all. E) e all. F) allegati al presente bando;
- 5) la dichiarazione di conformità all'originale in possesso del candidato, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000, relativamente a:
  - pubblicazioni attinenti al profilo oggetto del presente avviso nel quinquennio antecedente al bando (successive all'01.01.2009). Le pubblicazioni devono essere prodotte in copia semplice con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà che ne attesti la conformità all'originale. A tal fine può essere utilizzato lo schema di dichiarazione: all. G) allegato al presente bando; in alternativa le pubblicazioni possono essere prodotte in originale o copia autenticata ai sensi di legge.  
Le stesse devono essere editate a stampa, non manoscritte, nè dattiloscritte, nè poligrafate.
- 6) le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà (art. 47 del D.P.R. 445/2000) comprovanti ulteriori titoli/attività che il candidato ritenga opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formulazione della graduatoria; A tal fine può essere utilizzato lo schema di dichiarazione: all. H) allegato al presente bando;

**Le dichiarazioni sostitutive devono contenere la clausola specifica che il candidato è consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci. Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie previste dalla certificazione che sostituiscono.**

**A sensi dell'art. 15 della Legge n. 183 del 12.11.2011, le certificazioni rilasciate da Pubbliche Amministrazioni non possono essere prodotte agli organi della Pubblica Amministrazione o a privati gestori di pubblici servizi.**

**Conseguentemente le P.A. non possono più richiederle né accettarle.**

**In relazione a quanto sopra il candidato dovrà produrre, in luogo delle predette certificazioni esclusivamente, "dichiarazioni sostitutive di certificazione o di notorietà" di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, contestuali alla domanda o utilizzando i modelli allegati.**

### **Costituzione del rapporto di lavoro a tempo determinato**

Al fine della costituzione del rapporto di lavoro a tempo determinato, i candidati ammessi alla presente procedura saranno sottoposti ad un colloquio da una apposita commissione costituita da:

- direttore del Dipartimento Medico Polispecialistico o suo delegato - Presidente,
- responsabile della S.S.D. Diabetologia o suo delegato - Componente,
- funzionario amministrativo dell'Azienda Ospedaliera o suo delegato di categoria D o C - Segretario.

Per l'effettuazione del colloquio i candidati dovranno presentarsi **il giorno 24.10.2014 alle ore 13.00 presso la Sala Riunioni della S.C. Risorse umane e relazioni sindacali** (Pad. 6 – 1° piano) dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda" – Piazza Ospedale Maggiore, 3 – Milano, muniti di valido documento di identità.

La mancata presentazione nel giorno e nell'ora fissati, sarà considerata rinuncia.

Per la valutazione dei titoli e della prova orale, la commissione esaminatrice dispone complessivamente di punti 40 così suddivisi:

#### Titoli punti 20 così ripartiti:

- titoli di carriera: punti 10
- titoli accademici e di studio: punti 3
- pubblicazioni e titoli scientifici: punti 3
- curriculum formativo e professionale: punti 4

#### Colloquio punti 20:

il superamento della prova orale è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 14/20.

La posizione in graduatoria verrà determinata dalla totalizzazione del punteggio attribuito ai titoli presentati e del punteggio di sufficienza riportato nel colloquio.

In tutti i casi di ex-aequo verranno applicati i titoli preferenziali previsti dalla vigente normativa. In caso di ulteriore parità di punteggio o in assenza di tali titoli sarà preferito il candidato più giovane di età, a' sensi dell'art. 2 comma 9 della legge 191/98.

E' garantita, a' sensi delle normative vigenti, pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso all'impiego e per il trattamento sul luogo di lavoro.

La graduatoria di merito è approvata con provvedimento del Direttore Generale ed è immediatamente esecutiva. La graduatoria verrà pubblicizzata sul sito internet aziendale [www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it) – area professionisti – concorsi .

L'Azienda Ospedaliera, verificata la sussistenza dei requisiti, procede alla stipula del contratto con il candidato dichiarato vincitore. Gli effetti economici decorrono dalla data di effettiva presa di servizio. Il trattamento economico del posto è quello stabilito dalle vigenti norme contrattuali per la categoria.

Decade dall'impiego chi lo abbia conseguito mediante presentazione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

Per quanto non contemplato nel presente bando si intendono qui richiamate a tutti gli effetti le vigenti norme di legge o disposizioni contrattuali.

L'amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso.

Per qualsiasi informazione gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Concorsi dell'Azienda – telefono 02.64642736-2752-2075 – mail: concorsi@ospedaleniguarda.it

**Trattamento dati personali a' sensi del decreto legislativo n. 196/2003**

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 procedimento di assunzione.

f.to IL DIRETTORE GENERALE

(dott. Marco Trivelli)

f.to IL DIRETTORE SANITARIO

(dott. Giuseppe Genduso)

f.to IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(dott. Giuseppe Micale)

(esente da bollo a sensi dell'art.40 D.P.R. 26.10.1972, n. 642)

**AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA OSPEDALIERA – “OSPEDALE NIGUARDA CA’ GRANDA”  
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**

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

**CHIEDE**

di partecipare all'avviso di avviso di pubblica selezione per titoli e colloquio per la formulazione di un graduatoria da utilizzare per la stipula di contratti di lavoro a tempo determinato – incarico e/o supplenza – per il profilo di:

**DIRIGENTE MEDICO PER LA DISCIPLINA DI MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA  
DA ASSEGNARE ALLA S.S.D. DIABETOLOGIA**

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  
 di essere cittadino/a dello stato di .....  
(per i cittadini appartenenti a uno dei Paesi dell'Unione Europea)
2.  di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di .....  
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo .....  
.....
3.  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 invalido/a civile o del lavoro nella misura del .....% (indicare percentuale)
6.  di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione.....
7.  di appartenere a categorie con diritto a riserva, preferenze o precedenza ai sensi della normativa vigente, in quanto .....

8. 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 (per titoli conseguiti all'estero)

.....

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 medici-chirurghi 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 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, attinenti al profilo, nel quinquennio antecedente al bando (successivi all'01.01.2009)**

(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 – nel quinquennio antecedente al bando**  
**(successivi all'01.01.2009)**

(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, nel quinquennio antecedente al bando (successive all'01.01.2009)**

(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 \_\_\_\_\_