

Riferimento MA28 FARM

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

**SI RENDE NOTO**

In attuazione alla determinazione del Dirigente della S.C Risorse Umane e relazioni sindacali n. 270 del 07.10.2015 esecutiva ai sensi di legge, si procederà all'assegnazione di:

**N° 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER LAUREATO IN FARMACIA E SPECIALIZZATO IN FARMACIA OSPEDALIERA OPPURE IN FARMACOLOGIA MEDICA O EQUIPOLLENTE**

presso la S.C. Farmacia della durata di 12 mesi, per la collaborazione al progetto aziendale : "Supporto al processo di armonizzazione dei percorsi operativi e funzionali di farmacia", per lo svolgimento delle seguenti attività:

- analisi ed implementazione dei flussi di magazzino e delle modalità di stoccaggio di farmaci, dispositivi medici ed altri beni sanitari;
- ottimizzazione del percorso di riordino dei materiali attraverso l'utilizzo degli strumenti informatici a disposizione;
- definizione delle procedure operative per gli operatori tecnici assegnati alla gestione dei medicinali;
- verifica della funzionalità della gestione informatizzata dei medicinali per gli aspetti di competenza della farmacia, con particolare riferimento ai nuovi strumenti a disposizione: armadio automatizzato, sistemi di trasporto automatizzato, (ETV, posta pneumatica), progetto di prescrizione informatizzata dei reparti.
- allestimento, confezionamento e distribuzione dei prodotti di galenica magistrale (sterile e non ) e oncologica;
- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antimicrobici generali per uso sistemico in termini di: scelta della molecola, posologia, durata della terapia, riduzione dell'utilizzo inappropriato, controllo e contenimento dello sviluppo e della diffusione delle resistenze dei microrganismi e dei conseguenti costi non appropriati;
- cooperare, nell'ambito di un gruppo multidisciplinare integrato con diverse figure professionali, alla gestione responsabile degli antibiotici (*stewardship antimicrobica*), ottimizzare la terapia antibiotica in termini di strategie di impiego, semplificare (*deescalation-therapy*), restringere l'uso degli stessi e condividere percorsi diagnostico-terapeutici con stesura di raccomandazioni in base alle criticità emerse;
- collaborare alla redazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici per la prevenzione, il contenimento ed il trattamento di infezioni multiresistenti: igiene delle mani, Enterobacteriacee, *Klebsiella*, *Legionella* e di altri batteri emergenti superresistenti;
- collaborare nell'ambito delle sperimentazioni cliniche, alla gestione degli studi sperimentali in termini
  - logistici: ricezione, registrazione, conservazione del farmaco sperimentale;
  - tecnici: gestione documentale, costruzione degli archivi, valutazione della fattibilità tecnica di un protocollo clinico;
- gestione dei rapporti con i *data manager*, lo sperimentatore principale ed i monitor delle aziende per le visite di pre-selezione, di inizio studio, di monitoraggio ed audit;
- turni di pronta disponibilità comprensivi degli allarmi relativi alle dotazioni di apparecchiature in dotazione;

Per un compenso complessivo lordo di € 40.000,00 (compreso I.V.A.).

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

- ↪ Cittadinanza Italiana o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione europea o appartenente a uno stato extra comunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia);
- ↪ Laurea in Farmacia
- ↪ Specializzazione in Farmacia Ospedaliera o Farmacologia Medica o equipollente;
- ↪ Iscrizione all'albo.

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

Non saranno ammessi, ai sensi dell'art. 25 della Legge n. 724 del 23 dicembre 1994, i candidati che, pur in possesso dei requisiti richiesti, abbiano cessato volontariamente dal servizio avendo i requisiti contributivi per l'ottenimento della pensione anticipata di anzianità e abbiano avuto rapporti di lavoro o impiego nei chiunque anni precedenti con questa Azienda Ospedaliera.

Le candidature pervenute saranno valutate anche ai sensi delle modifiche introdotte dall'art 6 del Decreto Legge 24.06.2014 n. 90 convertito, con modificazioni, dalla legge 114 del 11.08.2014, seguendo l'interpretazione della circolare del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione n. 6/14.

**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 – Area Ingresso – Padiglione 1 (orario dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 16.00) dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda", P.zza Ospedale Maggiore 3 – 20162 Milano

entro le ore **12.00 del 28.10.2015** 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 dell'Area Ingresso – Padiglione 1 - dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca'Granda - 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 Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda - 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](mailto:postacertificata@pec.ospedaleniguarda.it), indicando nell'oggetto il RIFERIMENTO MA28 FARM.** 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, 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'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda nei confronti del candidato.

### **DOMANDA**

Nella domanda, compilata secondo lo schema tipo allegato al presente bando, avendo cura di indicare nell'oggetto: **"RIFERIMENTO MA28FARM"**, 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;
- f. il possesso dei requisiti specifici di ammissione, di cui al presente bando;
- g. il possesso della specializzazione ove necessaria;
- h. Il codice fiscale e l'eventuale numero di Partita Iva.

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.

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

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

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

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

Con particolare riferimento alle esperienze professionali pregresse, la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà deve contenere l'esatta denominazione dell'ente/datore di lavoro, la qualifica, il tipo di rapporto di lavoro, le date di inizio e di conclusione, e quant'altro necessario per valutare il servizio stesso.

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

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa.

### **VALUTAZIONE DEI TITOLI E DELLE DOMANDE**

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

- esperienza professionale relativa all'oggetto del presente bando, maturata presso Enti del SSN;
- avere una competenza nella gestione, utilizzo appropriato degli antimicrobici;
- attitudini e/o esperienze risultanti dal curriculum;
- opportunità di promuovere giovani professionalità;
- eventuali interdisciplinarietà connesse con l'oggetto dell'incarico.

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

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

### **CONFERIMENTO DELL'INCARICO**

L'incarico è conferibile previa presentazione all'Azienda Ospedaliera di copia della certificazione che attesti la stipula di polizze assicurative a copertura degli infortuni (per un massimale pari ad € 500.000,00 suddiviso in 250.000,00 per morte e 250.000,00 per invalidità permanente) e della responsabilità civile verso terzi in relazione alla attività professionale (per un massimale di € 1.500.000,00).

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

L'Azienda, sulla base della normativa vigente, provvederà a richiedere alla cassa previdenziale di appartenenza del professionista incaricato la certificazione di regolarità contributiva (DURC).

L'Azienda Ospedaliera potrà offrire la possibilità all'incaricato di utilizzare spazi aziendali per l'erogazione di prestazioni sanitarie a favore dell'utenza privata.

### **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 dell'Ospedale: [www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it)) che unitamente al Modello Organizzativo aziendale costituiscono, insieme, il Codice etico-comportamentale, nonché dal Codice Civile.

L'Azienda Ospedaliera si riserva ogni più ampia facoltà in ordine alla possibilità di modificare, sospendere, annullare o revocare il presente avviso o parte di esso, nonché in ordine alla proroga o alla sospensione dei termini dello stesso e all'assegnazione del contratto.

Per le informazioni necessarie rivolgersi alla S.C. Risorse umane e relazioni sindacali – Ufficio Contratti atipici di questa Azienda Ospedaliera - Sig.ra Maria Antonietta Gammone – sig.ra Gobbato Oriana - tel. 02 6444.4033

Per Delega del Direttore Generale  
Il Direttore della S.C. Risorse Umane  
e Relazioni Sindacali  
Dr.ssa Patrizia Alberti

**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

PARTITA IVA

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

**CHIEDE**

di poter partecipare a: procedura comparativa

rif.to MA28FARM

per il conferimento di incarico libero professionale per la figura di medico chirurgo con specializzazione in

.....

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.....
- 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 prestatato:
- servizi presso Enti o Aziende Pubbliche del SSN, come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (all. A);
- servizi presso altri Enti pubblici, IPAB, ASP o strutture private accreditate, come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (all. B);

- servizi presso Aziende private non accreditate con il SSN, come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (all. C);
- altre attività non ricomprese nella casistica degli allegati A-B-C (all. D);
11.  di non aver mai prestato attività lavorativa;
12.  di aver partecipato agli eventi formativi attinenti al profilo di cui all'unito elenco (all. E);
13.  di aver partecipato agli eventi formativi attinenti al profilo come docente o relatore (all. F);
14.  di allegare le pubblicazioni di cui all'unito elenco (all. G).
15.  di possedere ulteriori titoli o di aver prestato altre attività (all. H).
16.  **di non rientrare nel caso previsto dall'art. 25 della Legge 724 del 23.12.1994;**
17.  **di non rientrare nei casi previsti dall'art 6 del Decreto Legge 24.06.2014 n. 90 convertito, con modificazioni, dalla legge 114 del 11.08.2014.**

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

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

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma del dichiarante \_\_\_\_\_

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

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda:

- un curriculum formativo e professionale
- un elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati
- copia fotostatica di un documento di identità



**ALLEGATO A)****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)****SERVIZI PRESTATI PRESSO ENTI O AZIENDE PUBBLICHE DEL SSN**

(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione) In caso di più servizi fotocopiare più volte il presente allegato.

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

1. Denominazione del datore di lavoro .....

Via .....CAP .....città .....

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

qualifica .....

nella disciplina di .....

con rapporto di lavoro a tempo:  indeterminato  determinato

tempo pieno  regime orario ad impegno ridotto (percentuale.....)

A titolo di: :  dipendente  libero prof.  CO.CO.CO.  borsa di studio  altro

.....

1.2 periodo dal .... / ...../..... al ...../...../.....  continuativo

qualifica .....

nella disciplina di .....

con rapporto di lavoro a tempo:  indeterminato  determinato

tempo pieno  regime orario ad impegno ridotto (percentuale.....)

A titolo di: :  dipendente  libero prof.  CO.CO.CO.  borsa di studio  altro

.....

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

1.3 che il servizio è terminato per:

scadenza dell'incarico

dimissioni volontarie

recesso del datore di lavoro

1.4 che durante il servizio ha usufruito dei seguenti periodi di aspettativa:

Aspettative senza assegni per (motivo) .....: dal .../...../..... al ... /...../.....

Aspettative senza assegni per (motivo) .....: dal .../...../..... al .../...../.....

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**ALLEGATO B)****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)****SERVIZI PRESTATI PRESSO ALTRI ENTI PUBBLICI, IPAB, ASP O ENTI PRIVATI ACCREDITATI CON SSN**

(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione) In caso di più servizi fotocopiare più volte il presente allegato.

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

1. Denominazione del datore di lavoro .....

Via .....CAP .....città .....

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

qualifica .....

nella disciplina di .....

con rapporto di lavoro a tempo:  indeterminato  determinato

tempo pieno  regime orario ad impegno ridotto (percentuale\_\_\_\_\_)

A titolo di: :  dipendente  libero prof.  CO.CO.CO.  borsa di studio  altro

.....

1.2 periodo dal .... / ...../..... al ...../...../.....  continuativo

qualifica .....

nella disciplina di .....

con rapporto di lavoro a tempo:  indeterminato  determinato

tempo pieno  regime orario ad impegno ridotto (percentuale\_\_\_\_\_)

A titolo di: :  dipendente  libero prof.  CO.CO.CO.  borsa di studio  altro

.....

1.3 che il servizio è terminato per:

scadenza dell'incarico

dimissioni volontarie

recesso del datore di lavoro

1.4 che durante il servizio ha usufruito dei seguenti periodi di aspettativa:

Aspettative senza assegni per (motivo) .....: dal .../...../..... al ... /...../.....

Aspettative senza assegni per (motivo) .....: dal .../...../..... al .../...../.....

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**ALLEGATO C)****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)****SERVIZI PRESTATI PRESSO ENTI PRIVATI NON ACCREDITATI CON IL SSN**

(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione) In caso di più servizi fotocopiare più volte il presente allegato.

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

**1. Denominazione del datore di lavoro** .....

Via .....CAP .....città .....

**1.1** periodo dal .... / ...../..... al ...../...../.....  continuativo

qualifica .....

nella disciplina .....

con rapporto di lavoro a tempo:  indeterminato  determinato

tempo pieno  regime orario ad impegno ridotto (percentuale\_\_\_\_\_)

A titolo di: :  dipendente  libero prof.  CO.CO.CO.  borsa di studio  altro

.....

**1.2** periodo dal .... / ...../..... al ...../...../.....  continuativo

qualifica .....

nella disciplina di .....

con rapporto di lavoro a tempo:  indeterminato  determinato

tempo pieno  regime orario ad impegno ridotto (percentuale\_\_\_\_\_)

A titolo di: :  dipendente  libero prof.  CO.CO.CO.  borsa di studio  altro

.....

**1.3** che il servizio è terminato per:

scadenza dell'incarico

dimissioni volontarie

recesso del datore di lavoro

**1.4** che durante il servizio ha usufruito dei seguenti periodi di aspettativa:

Aspettative senza assegni per (motivo) .....: dal .../...../..... al ... /...../.....

Aspettative senza assegni per (motivo) .....: dal .../...../..... al .../...../.....

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**ALLEGATO D)**

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

**ALTRE ATTIVITA' NON RICOMPRESE NELLA CASISTICA DEGLI ALLEGATI A-B-C**

(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)

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

1. presso .....

Via .....CAP .....città .....

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

In qualità di:   volontario   frequentatore   altro

per un numero di ..... ore settimanali

2. presso .....

Via .....CAP .....città .....

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

In qualità di:   volontario   frequentatore   altro

per un numero di ..... ore settimanali

3. presso .....

Via .....CAP .....città .....

3.1 periodo dal .... / ...../..... al .... / ...../.....

In qualità di:   volontario   frequentatore   altro

per un numero di ..... ore settimanali

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma del dichiarante \_\_\_\_\_

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

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

➤ Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop ...): .....

Denominazione: .....

Organizzato da: .....

Sede dell'evento: .....

Durata: dal ..... al .....

con superamento di esame finale, con il punteggio di ...../.....

il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

➤ Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop ...): .....

Denominazione: .....

Organizzato da: .....

Sede dell'evento: .....

Durata: dal ..... al .....

con superamento di esame finale, con il punteggio di ...../.....

il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

➤ Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop ...): .....

Denominazione: .....

Organizzato da: .....

Sede dell'evento: .....

Durata: dal ..... al .....

con superamento di esame finale, con il punteggio di ...../.....

il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

➤ Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop ...): .....

Denominazione: .....

Organizzato da: .....

Sede dell'evento: .....

Durata: dal ..... al .....

con superamento di esame finale, con il punteggio di ...../.....

il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma del dichiarante \_\_\_\_\_

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

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

➤ Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop ...): .....

Denominazione: .....

Organizzato da: .....

Sede dell'evento: .....

Durata: dal ..... al .....

attività di docente/relatore per n. ore .....

➤ Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop ...): .....

Denominazione: .....

Organizzato da: .....

Sede dell'evento: .....

Durata: dal ..... al .....

attività di docente/relatore per n. ore .....

➤ Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop ...): .....

Denominazione: .....

Organizzato da: .....

Sede dell'evento: .....

Durata: dal ..... al .....

attività di docente/relatore per n. ore .....

➤ Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop ...): .....

Denominazione: .....

Organizzato da: .....

Sede dell'evento: .....

Durata: dal ..... al .....

attività di docente/relatore per n. ore .....

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma del dichiarante \_\_\_\_\_

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

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

*(riportare la relativa numerazione anche sulla fotocopia allegata)*

1. Tipologia (pubblicazione, capitolo di libro, abstract, poster, atto di congresso):

.....

Titolo: .....

Autori:.....

Editore/rivista:.....

Data di pubblicazione: .....

2. Tipologia (pubblicazione, capitolo di libro, abstract, poster, atto di congresso):

.....

Titolo: .....

Autori:.....

Editore/rivista:.....

Data di pubblicazione: .....

3. Tipologia (pubblicazione, capitolo di libro, abstract, poster, atto di congresso):

.....

Titolo: .....

Autori:.....

Editore/rivista:.....

Data di pubblicazione: .....

4. Tipologia (pubblicazione, capitolo di libro, abstract, poster, atto di congresso):

.....

Titolo: .....

Autori:.....

Editore/rivista:.....

Data di pubblicazione: .....

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

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma del dichiarante \_\_\_\_\_

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

DICHIARA

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma del dichiarante \_\_\_\_\_