

**AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA PER LA FORMAZIONE**  
**DI ELENCHI DI CANDIDATI IDONEI PER IL CONFERIMENTO**  
**DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI PER PSICOLOGI NELL'ANNO 2018**

Pubblicato su sito aziendale [www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it)

**SI RENDE NOTO**

che in attuazione alla determinazione n. 37 del 12.02.2018 ed ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D.Lgs 165/2001 s.m.i. ed agli artt. 2222 e segg. del Codice Civile, è indetta una procedura per la formazione di elenco di personale idoneo a cui affidare incarichi libero professionali di durata variabile, da svolgersi presso le strutture dell'Azienda, per lo svolgimento di prestazioni professionali specialistiche, anche in ambito di specifici progetti, secondo le necessità aziendali ed in accordo con il Direttore della struttura di assegnazione, ed in coerenza ai vincoli di spesa vigenti o a seguito di specifico finanziamento.

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

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

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

**MACROAREA 1 - PROGETTI REGIONALI PSICHIATRIA PER ADULTI**

**aree di competenza:**

- ↪ Prevenzione e intervento precoce nei disturbi mentali gravi
- ↪ Disturbi del comportamento alimentare
- ↪ Disturbi psichici del periodo perinatale
- ↪ Trattamento dei disturbi psichici nei migranti / etnopsichiatria.

**Requisiti specifici** per questa macroarea sono:

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

**MACROAREA 2 - PROGETTI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA**

**aree di competenza:**

- Percorsi diagnostico terapeutici per l'ADHD e innovativi per i disturbi di linguaggio e apprendimento
- Migrazione e disturbi NPIA
- Presa in carico integrata di adolescenti con disturbi psichiatrici
- Disabilità complesse: bisogni, risorse e prospettive della presa in carico nei servizi di NPIA del territorio dell'ATS Città Metropolitana di Milano
- Psicologia clinica di supporto alla Neuropsichiatria Infantile in Età preadolescenziale.

**Requisiti specifici** per questa macroarea sono:

- per l'area a: laurea magistrale o specialistica in psicologia con specializzazione in psicoterapia o diploma universitario equivalente o master universitario in Psicopatologia dell'apprendimento

- per le aree b,c,d,e: laurea magistrale o specialistica in psicologia con specializzazione in psicoterapia o diploma universitario equivalente.
- per tutte le aree: esperienza formativa e/o lavorativa almeno biennale nelle specifiche aree di competenza, presso strutture ospedaliere di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del SSN.

### **MACROAREA 3 - ATTIVITA' DI PSICOLOGIA CLINICA DI CONSULENZA ALLE ATTIVITA' OSPEDALIERE**

#### **aree di competenza:**

- a) Valutazione e trattamento delle persone con disturbi psichici primari e con condizioni psichiche secondarie alle patologie oncoematologiche, croniche, neurodegenerative
- b) Valutazione e trattamento delle persone candidate a trapianto (organo, insulae, midollo) e dei donatori viventi
- c) Valutazione e trattamento delle persone in area critica (Trauma Center, G.U., T.I., U.S.U.).

#### **Requisiti specifici** per questa macroarea sono:

- ↪ laurea magistrale o specialistica in psicologia con specializzazione in psicoterapia o diploma universitario equivalente
- ↪ esperienza lavorativa almeno biennale nel SSN in ambito ospedaliero.

### **MACROAREA 4 – AMBITO NEUROPSICOLOGICO**

#### **aree di competenza:**

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

#### **Requisiti specifici** per questa macroarea sono:

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

### **REQUISITI DI AMMISSIONE**

I candidati, per essere inseriti nell'elenco, dovranno essere in possesso, al momento della presentazione della domanda, dei seguenti requisiti:

- ↪ cittadinanza Italiana o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione europea o appartenente ad uno stato extra comunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia);
- ↪ possesso dei requisiti specifici sopra indicati per ciascuna macroarea;
- ↪ abilitazione alla professione;
- ↪ iscrizione all'albo.

I titoli di studio conseguiti all'estero saranno considerati utili purché riconosciuti equipollenti ad uno dei titoli di studio italiani dagli organi competenti ai sensi della normativa vigente in materia. A tal fine, nella domanda di partecipazione dovranno essere indicati, a pena di esclusione, gli estremi del provvedimento di riconoscimento dell'equipollenza. Le equipollenze devono sussistere alla data di scadenza del bando.

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

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

## **PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

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

**entro le ore 12.00 del 27.02.2018 a pena di esclusione;**

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

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

- consegna diretta, a cura e responsabilità dell'interessato, presso l'Ufficio Protocollo sito al piano terra Padiglione 6 - dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 MILANO (orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 08,30 alle ore 15,30 - ore 12,00 del giorno di scadenza);
- a mezzo del servizio postale, con plico indirizzato al Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 MILANO tramite raccomandata con avviso di ricevimento. A tal fine si precisa che farà fede la data di ricezione presso il Protocollo aziendale e non il timbro dell'Ufficio postale accettante;
- invio della domanda e dei relativi allegati, tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata tradizionale (PEC), esclusivamente all'indirizzo mail [postacertificata@pec.ospedaleniguarda.it](mailto:postacertificata@pec.ospedaleniguarda.it), indicando nell'oggetto il **RIFERIMENTO ELENCO IDONEI PSICOLOGI ANNO 2018**.

La validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale; non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria del candidato o di altra persona, anche se indirizzata alla suindicata casella PEC dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, in un unico file in formato PDF, dovrà avvenire con una delle seguenti modalità di sottoscrizione della domanda: - sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato; - sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione fronte/retro di un valido documento di identità.

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

## **DOMANDA**

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

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

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

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

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

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

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

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

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa.

## **FORMAZIONE DELL'ELENCO DEI CANDIDATI**

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

Una Commissione Esaminatrice, composta dal Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, in qualità di Presidente, dal Responsabile della SSD Servizio di Psicologia Clinica, dal Direttore ff della SC Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza e dal Responsabile della SSD Centro di Neuropsicologia Cognitiva, o loro delegati, procederà all'ammissione e alla valutazione comparativa delle domande, dei curricula e della documentazione presentata e ad un colloquio con i singoli candidati convocati mediante pubblicazione, non meno di 7 giorni prima, sul sito internet aziendale: [www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it) – lavora con noi – concorsi – incarichi libero professionali. Tale pubblicazione è da intendersi a tutti gli effetti quale notifica ufficiale ai candidati. La mancata presentazione del candidato al colloquio verrà considerata rinuncia alla procedura.

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

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

I candidati ritenuti idonei saranno inseriti nell'elenco suddiviso per macroarea e area di competenza, in ordine alfabetico senza espressione di graduatoria. La pubblicazione dell'elenco sul sito aziendale varrà ad ogni effetto quale notifica ai candidati.

Sarà preso atto dell'esito della procedura comparativa con apposito provvedimento del Direttore Generale e pubblicato sul sito internet dell'Azienda.

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

## **INDIVIDUAZIONE DEL CANDIDATO CUI CONFERIRE L'INCARICO**

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

Per gli incarichi da affidare successivamente, per rinuncia/decadenza del professionista incaricato o per nuovi incarichi da conferire, sarà pubblicata notizia sul sito aziendale e sarà individuata apposita Commissione Esaminatrice composta dal Direttore della struttura richiedente, dal Responsabile della SSD Psicologia clinica e da altro dirigente medico o sanitario dell'azienda, o loro delegati, che individuerà il candidato presente in elenco cui conferire l'incarico in base alle risultanze della comparazione sopra descritta, eventualmente riconvocando i candidati aventi le competenze nell'area richiesta per un ulteriore colloquio di approfondimento.

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

## **CONFERIMENTO DELL'INCARICO**

Il candidato individuato per il conferimento dell'incarico sarà invitato alla sottoscrizione del contratto libero professionale, secondo il regolamento aziendale, sottoscritto sia dal Direttore della S.C. Risorse umane e relazioni sindacali su delega resa dal Direttore Generale, sia dal singolo incaricato.

Saranno condizioni necessarie per la sottoscrizione del contratto:

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

L'accertamento dell'idoneità fisica allo svolgimento dell'incarico è effettuato a cura dell'Azienda ed è parimenti condizione necessaria alla sottoscrizione del contratto.

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

Gli incarichi conferiti per la realizzazione dei progetti di macroarea 1 e 2 potranno eventualmente essere prorogati una sola volta subordinatamente alla continuità dei progetti stessi e ai rispettivi finanziamenti nell'anno di riferimento.

## **NORME DI RINVIO**

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

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

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

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

Per le informazioni necessarie rivolgersi alla S.C. Risorse umane e relazioni sindacali – Ufficio Contratti atipici di questa ASST tel. 02 6444/4033 – 4589 – 4538 - 2737.

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

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

Il/La sottoscritto/a (cognome).....  
(nome).....  
(scrivere in stampatello indicando anche secondi nomi non separati da virgola)

CODICE FISCALE

PARTITA IVA

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

**CHIEDE**

di poter partecipare a:            procedura comparativa

**rif.to ELENCO IDONEI PSICOLOGI ANNO 2018**

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

.....

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

**DICHIARA**

di essere nato/a a ..... prov.(.....) il .....  
di essere residente a ..... prov.(.....) C.A.P. ....  
in via ..... n. ....  
di essere domiciliato/a a ..... prov.(.....) C.A.P. ....  
in via ..... n. ....

**(barrare le caselle corrispondenti alle DICHIARAZIONI EFFETTUATE)**

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

Residenza  
 Domicilio  
 Presso .....  
Via/piazza .....  
C.A.P.....CITTA'..... .prov. (.....)  
impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni

1.  di essere in possesso della cittadinanza italiana
2.  di essere cittadino/a dello stato di .....

(per i cittadini appartenenti a uno dei Paesi dell'Unione Europea)

3.  di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di .....
- di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo .....
- di non aver subito condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso
- di aver subito le seguenti condanne penali .....
- di avere i seguenti procedimenti penali in corso.....
4.  di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione
5.  di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione.....

6. **di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:**

- Diploma di Laurea

in:.....

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

Via .....CAP..... Città .....

- Diploma di specializzazione nella disciplina:

- Master universitario in:

.....

durata legale del corso anni ..... conseguito 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 .....

7. dichiara di essere iscritto :

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

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

Via.....CAP..... Città .....

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

9. di avere prestato:

- servizi presso Enti o Aziende Pubbliche del SSN, come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (all. A);



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

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

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

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

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

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda:

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

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

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

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

1. Denominazione del datore di lavoro .....  
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 \_\_\_\_\_