

Avviso n. AL19 TELE

AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI UNA BORSA DI STUDIO
PER LAUREATO IN POSSESSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
DA DESTINARE ALLA S.C. QUALITA' E RISCHIO CLINICO

Si rende noto che con determinazione dirigenziale n. 149 del 27.05.2021 è stata indetta una procedura per assegnare una borsa di studio della durata di 26 mesi dalla data di assegnazione, non tacitamente rinnovabile, per un importo complessivo lordo di € 25.000,00, comprensivo degli oneri di legge sia a carico del borsista che a carico dell'azienda, questi ultimi pari complessivamente ad € 1.958,53 lordi per lo svolgimento di uno studio nell'ambito del progetto aziendale denominato: "Definition and testing of a new model of clinical governance based on the integration of tools such as health technology assessment, clinical practice guidelines, clinical pathways, and healthcare performance measurement for planning, implementation and management of healthcare interventions in different settings – integrate – health- gov", per l'implementazione degli strumenti di telemedicina per pazienti con scompenso cardiaco integrati nel percorso diagnostico terapeutico e la partecipazione alla definizione di un modello che si integri con le linee guida e il processo di valutazione delle tecnologie, da svolgersi presso la S.C. Qualità e rischio clinico.

ART. 1

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

- **Laurea in Infermieristica**
Ovvero
- **Diploma universitario di infermiere**
Ovvero
- **Diploma conseguito in base al precedente ordinamento, riconosciuto equipollente, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e precisamente diploma di Infermiere Professionale**

Detto requisito deve essere posseduto alla data di scadenza del bando.

ART. 2

Si invitano i candidati a porre inoltre attenzione ai criteri che la Commissione Esaminatrice adotterà in sede di valutazione, come specificati nel prosieguo del bando.

La domanda di partecipazione redatta in carta semplice dovrà pervenire al Protocollo Generale sito al piano rialzato – Padiglione 6 (orario dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 15.30) dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, P.zza Ospedale Maggiore 3 – 20162 Milano

entro le ore 12.00 del 21.06.2021 a pena di esclusione

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

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

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

- **consegna diretta**, a cura e responsabilità dell'interessato, **presso l'Ufficio Protocollo** sito al piano rialzato – Padiglione 6 - dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 MILANO (orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 08,30 alle ore 15,30) (ore 12,00 del giorno di scadenza);
- **a mezzo del servizio postale**, con plico indirizzato al Direttore Generale dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 MILANO tramite raccomandata con avviso di ricevimento. A tal fine si precisa che farà fede la data di ricezione presso il Protocollo aziendale e non il timbro dell'Ufficio postale accettante;
- invio della domanda e dei relativi allegati, tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata tradizionale (PEC), esclusivamente all'indirizzo mail postacertificata@pec.ospedaleniguarda.it, indicando nell'oggetto il **RIFERIMENTO: bando n. AL19 TELE**, la validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale; non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria del candidato o di altra persona, anche se indirizzata alla suindicata casella PEC dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, in un unico file in formato PDF, dovrà avvenire con una delle seguenti modalità di sottoscrizione della domanda:

- **sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;**
- **sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione fronte/retro di un valido documento di identità.**

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

Il candidato deve, inoltre, impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o del recapito, sollevando l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda da ogni responsabilità in caso di irreperibilità presso l'indirizzo indicato.

In caso di utilizzo del servizio di PEC per l'invio della domanda, questo equivale automaticamente ad elezione di domicilio informatico per eventuali future comunicazioni relative all'avviso pubblico di cui al presente bando da parte dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda nei confronti del candidato.

ART. 3

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

- le proprie generalità, la data ed il luogo di nascita, la residenza, il godimento dei diritti civili e politici ed il recapito eletto ai fini delle comunicazioni;
- il possesso della cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle vigenti, o di cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea (in caso di cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea, il candidato dovrà essere in regola con le vigenti norme in materia di soggiorno nel territorio italiano);
- il Comune nelle cui liste elettorali risulti iscritto, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione delle liste medesime;
- le eventuali condanne riportate ovvero di non aver riportato condanne penali;
- i titoli di studio posseduti, con indicazione della data e dell'istituto presso il quale sono stati conseguiti, i titoli di studio conseguiti all'estero saranno considerati utili purché riconosciuti equipollenti ovvero equivalenti ad uno dei titoli di studio italiani, ai sensi della normativa vigente in materia;
- il possesso dei requisiti specifici di ammissione, di cui al presente bando;
- il possesso della specializzazione ove necessaria;
- il codice fiscale.

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

ART. 4

La domanda di ammissione deve essere redatta secondo lo schema esemplificativo allegato al presente bando. Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 445 del 28.10.2000 non è richiesta l'autenticazione della firma in calce alla domanda.

Alla domanda di partecipazione redatta ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 ART. 46 gli aspiranti devono allegare un curriculum formativo e professionale in formato europass, datato e firmato, e fotocopia della carta d'identità e codice fiscale.

Alla domanda di partecipazione gli aspiranti potranno inoltre allegare tutte le certificazioni relative ai titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito, in copia fotostatica, nonché una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per tutti gli stati, fatti e qualità personali di cui all'art. 47 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 allegare per quanto riguarda partecipazione a corsi, convegni o seminari, pubblicazioni, comunicazioni a convegni, abstract, etc.) accompagnata da fotocopia della carta di identità.

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

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

ART. 5

Il conferimento della borsa di studio avverrà sulla base della valutazione che verrà effettuata da apposita Commissione, che verificherà il possesso dei requisiti e la documentazione allegata alla domanda di partecipazione.

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

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

Al fine della valutazione del curriculum particolare interesse verrà attribuito alla seguenti caratteristiche:

- esperienze risultanti dal curriculum medesimo,
- esperienza in strutture del Servizio Sanitario Nazionale maturata nelle attività oggetto del bando,
- esperienza come Research Nurse in studi multicentrici, in particolare con la somministrazione di questionari.

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

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

La valutazione della commissione è insindacabile ed inappellabile.

La procedura di non prevede la formazione di una graduatoria nè obbligo di scorrimento ed esaurimento della stessa.

ART. 6

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

L'esito della procedura di selezione per il conferimento di borsa di studio sarà pubblicato sul sito internet aziendale.

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

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

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

ART. 7

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

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

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

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

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

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

ART. 8

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

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

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

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

Al termine dell'incarico assegnato il borsista dovrà presentare all'ufficio Acquisizione risorse una relazione sull'attività svolta, che dovrà essere accompagnata da una certificazione del Direttore della S.C. che ne attesti l'effettiva esecuzione.

ART. 9

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

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

L'Azienda può recedere in qualsiasi momento, e a giudizio insindacabile dalla medesima e senza diritto a risarcimento, riconoscendo comunque al borsista il pagamento del compenso in misura del contributo effettivamente reso.

ART. 10

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

L'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda si riserva ogni più ampia facoltà in ordine alla proroga dei termini, la loro sospensione, nonché la revoca o l'annullamento del presente avviso.

Per le informazioni necessarie rivolgersi alla S.C. Risorse Umane e Relazioni Sindacali – Ufficio Acquisizione risorse dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, tel. 02.6444.4538 – 3239- 4589 – 4934.

**Per delega del Direttore Generale
Il Direttore S.C. Risorse umane e relazioni sindacali
F.TO Dott. Patrizia Alberti**

**AL DIRETTORE GENERALE
ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA
PIAZZA OSPEDALE MAGGIORE, 3 - 20162 – MILANO**

Il/La sottoscritto/a (cognome).....

(nome).....

(scrivere in stampatello indicando anche secondi nomi non separati da virgola)

CODICE FISCALE

PARTITA IVA

Recapiti telefonici/.....Mail

CHIEDE

di poter partecipare a: procedura comparativa per il conferimento di una borsa di studio

rif.to AL19 TELE

per la figura di

.....

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

DICHIARA

di essere nato/a a prov.(.....) il

di essere residente a prov.(.....) C.A.P.

in via n.

di essere domiciliato/a a prov.(.....) C.A.P.

in via n.

(barrare le caselle corrispondenti alle DICHIARAZIONI EFFETTUATE)

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

Residenza

Domicilio

Presso

Via/piazza

C.A.P.....CITTA'..... .prov. (.....)

impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana
2. di essere cittadino/a dello stato di
(per i cittadini appartenenti a uno dei Paesi dell'Unione Europea)
3. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di
- di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo
- di non aver subito condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso
- di aver subito le seguenti condanne penali
- di avere i seguenti procedimenti penali in corso.....
4. di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione
5. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione.....
6. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
 - Diploma di Laurea
 in:.....
 conseguita in data/...../..... presso.....
 ViaCAP..... Città
 - Diploma di specializzazione nella disciplina di:

 durata legale del corso anni conseguita in data/...../.....
 presso.....
 ViaCAP..... Città
 - Abilitazione all'esercizio della professione
 conseguita in data/...../..... presso
 - ViaCAP..... Città
 - Titolo di studio riconosciuto dal ministero della Salute è conseguito ai sensi del D.Lgs 368/99 (per titoli

conseguiti all'estero) **(barrare la casella)**

SI **NO**

conseguito in data/...../..... presso.....

ViaCAP..... Città

Altro titolo:

.....

conseguito in data/...../..... presso

ViaCAP..... Città

9. dichiara di essere iscritto :

all'albo dell'Ordine dei della Provincia di

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

Via.....CAP..... Città

10. di avere prestato:

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

servizi presso altri Enti pubblici, IPAB, ASP o strutture private accreditate, come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (all. B);

servizi presso Aziende private non accreditate con il SSN, come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (all. C);

altre attività non ricomprese nella casistica degli allegati A-B-C (all. D);

11. di non aver mai prestato attività lavorativa;

12. di aver partecipato agli eventi formativi attinenti al profilo di cui all'unito elenco (all. E);

13. di aver partecipato agli eventi formativi attinenti al profilo come docente o relatore (all. F);

14. di allegare le pubblicazioni di cui all'unito elenco (all. G).

15. di possedere ulteriori titoli o di aver prestato altre attività (all. H).

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

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

ViaCAPcittà

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

qualifica

nella disciplina di

con rapporto di lavoro a tempo: indeterminato determinato

tempo pieno regime orario ad impegno ridotto (percentuale_____)

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

.....

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

qualifica

nella disciplina di

con rapporto di lavoro a tempo: indeterminato determinato

tempo pieno regime orario ad impegno ridotto (percentuale_____)

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

.....

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

1.3 che il servizio è terminato per:

- scadenza dell'incarico
- dimissioni volontarie
- recesso del datore di lavoro

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

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

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

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

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

SERVIZI PRESTATI PRESSO ALTRI ENTI PUBBLICI, IPAB, ASP O ENTI PRIVATI ACCREDITATI CON SSN

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

Il/La sottoscritto/a

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

1. Denominazione del datore di lavoro

ViaCAPcittà

1.1 periodo dal / / al / / continuativo

qualifica

nella disciplina di

con rapporto di lavoro a tempo: indeterminato determinato

tempo pieno regime orario ad impegno ridotto (percentuale _____)

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

.....

1.2 periodo dal / / al / / continuativo

qualifica

nella disciplina di

con rapporto di lavoro a tempo: indeterminato determinato

tempo pieno regime orario ad impegno ridotto (percentuale _____)

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

.....

1.3 che il servizio è terminato per:

- scadenza dell'incarico
- dimissioni volontarie
- recesso del datore di lavoro

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

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

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

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO C)

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

SERVIZI PRESTATI PRESSO ENTI PRIVATI NON ACCREDITATI CON IL SSN

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

Il/La sottoscritto/a

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

1. Denominazione del datore di lavoro

ViaCAPcittà

1.1 periodo dal / / al / / continuativo

qualifica

nella disciplina

con rapporto di lavoro a tempo: indeterminato determinato

tempo pieno regime orario ad impegno ridotto (percentuale_____)

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

.....

1.2 periodo dal / / al / / continuativo

qualifica

nella disciplina di

con rapporto di lavoro a tempo: indeterminato determinato

tempo pieno regime orario ad impegno ridotto (percentuale_____)

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

.....

1.3 che il servizio è terminato per:

scadenza dell'incarico dimissioni volontarie

recesso del datore di lavoro

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

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

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

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO D)

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

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

(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)

Il/La sottoscritto/a

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

1. presso

ViaCAPcittà

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

In qualità di: volontario? frequentatore? altro?

per un numero di ore settimanali

2. presso

ViaCAPcittà

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

In qualità di: volontario? frequentatore? altro?

per un numero di ore settimanali

3. presso

ViaCAPcittà

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

In qualità di: volontario? frequentatore? altro?

per un numero di ore settimanali

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO E)

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

EVENTI FORMATIVI FREQUENTATI, (costituisce parte integrante della domanda di partecipazione) In caso di più eventi fotocopiare più volte il presente allegato.

Il/La sottoscritto/a

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

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

Denominazione:

Organizzato da:

Sede dell'evento:

Durata: dal al

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

il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

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

Denominazione:

Organizzato da:

Sede dell'evento:

Durata: dal al

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

il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

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

Denominazione:

Organizzato da:

Sede dell'evento:

Durata: dal al

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

il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

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

Denominazione:

Organizzato da:

Sede dell'evento:

Durata: dal al

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

il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO F)

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

EVENTI FORMATIVI – IN QUALITA' DI DOCENTE/RELATORE (costituisce parte integrante della domanda di partecipazione) In caso di più eventi fotocopiare più volte il presente allegato.

Il/La sottoscritto/a

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

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

Denominazione:

Organizzato da:

Sede dell'evento:

Durata: dal al

attività di docente/relatore per n. ore

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

Denominazione:

Organizzato da:

Sede dell'evento:

Durata: dal al

attività di docente/relatore per n. ore

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

Denominazione:

Organizzato da:

Sede dell'evento:

Durata: dal al

attività di docente/relatore per n. ore

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

Denominazione:

Organizzato da:

Sede dell'evento:

Durata: dal al

attività di docente/relatore per n. ore

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO G)

ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI, attinenti al profilo,

(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)

Il/La sottoscritto/a

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