

Riferimento – LISTEATTESA ANESTESISTI21

**PROCEDURA COMPARATIVA APERTA**  
**PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI CANDIDATI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO**  
**PROFESSIONALI PER LA REALIZZAZIONE DEL “PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE D’ATTESA 2021”**

**Scadenza ore 24.00 del 29.08.2021**

**SI RENDE NOTO**

che in attuazione alla determinazione n. 254 del 19.08.2021 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 selettiva per la formazione di elenchi di candidati in possesso dei requisiti specifici indicati nel presente bando, a cui affidare incarichi libero professionali dalla data di decorrenza dell'incarico e fino al 31.12.2021, da svolgersi presso le strutture di **ANESTESIA E RIANIMAZIONE** dell'Azienda, per l'effettuazione di prestazioni professionali specialistiche nell'ambito del cd “Piano di recupero delle liste d'attesa per l'anno 2021”, secondo le necessità aziendali ed in coerenza ai vincoli di spesa vigenti o a seguito di specifico finanziamento.

L'incarico prevede lo svolgimento, in accordo con i Direttori delle Strutture di assegnazione, per un n. di ore variabile in base alle necessità aziendali comunicate con congruo anticipo, dal lunedì al sabato, delle seguenti attività:

- supporto anestesilogico di sala operatoria:
  - seduta operatoria breve, dalle ore 7:30 alle ore 14:30
  - interventi chirurgici di medio-bassa complessità in regime Day Surgery o Degenza Ordinaria
  - ambito chirurgico polispecialistico, per cui l'assegnazione alla disciplina chirurgica terrà conto dell'esperienza e competenza del candidato

Per un compenso complessivo lordo di 120,00 € (centoventi,00 €) orarie.

Gli incarichi saranno regolati da apposito contratto e non costituiranno rapporto di lavoro dipendente.

Sono esclusi vincoli di subordinazione.

I professionisti successivamente individuati per l'attribuzione di specifico incarico dovranno essere in possesso di Partita Iva per la regolare emissione delle fatture.

**1. REQUISITI DI AMMISSIONE**

I candidati, per essere inseriti negli elenchi, 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);
- ↪ Laurea in Medicina e Chirurgia;
- ↪ Specializzazione in Anestesia e Rianimazione;
- ↪ 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.

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 il 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.

**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.**

## **2. SCADENZA BANDO E FORMAZIONE ELENCO CANDIDATI PARTECIPANTI**

Il presente bando ha validità fino al 31.12.2021, nei limiti dei vincoli economici previsti e secondo le esigenze aziendali legate al "Piano di recupero delle liste d'attesa per l'anno 2021".

L'elenco dei candidati aventi i requisiti di ammissione sarà aggiornato in base alle domande di partecipazione che perverranno anche successivamente alla prima scadenza sotto indicata, e quindi pubblicato sul sito aziendale.

La predisposizione dell'elenco di candidati non esclude la facoltà per l'Azienda di utilizzare graduatorie o di bandire ulteriori procedure comparative per incarichi libero professionali.

La pubblicazione varrà ad ogni effetto quale notifica agli aspiranti ammessi.

## **3. PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

La prima scadenza utile per la presentazione delle domande ai fini della formulazione degli elenchi dei candidati è fissata

**entro le ore 24.00 del 29.08.2021.**

La domanda di partecipazione, redatta in carta semplice, 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'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 08,00 alle ore 15,30 - ore 12,00 del giorno di scadenza);
- **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 LISTEATTESA ANESTESISTI21.** 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.

Non potranno essere accettati messaggi di posta elettronica certificata aventi come contenuto un collegamento ipertestuale esterno (link), né messaggi di dimensioni superiori a 110 MB.

#### DOMANDA

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

1. 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;
2. 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);
3. il Comune nelle cui liste elettorali risulti iscritto, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
4. le eventuali condanne riportate ovvero di non aver riportato condanne penali;
5. 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;
6. il possesso dei requisiti specifici di ammissione, di cui al presente bando;
7. il possesso della specializzazione ove necessaria;
8. il codice fiscale e il n. di Partita Iva.

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 i candidati dovranno allegare un curriculum formativo e professionale, datato e firmato, e fotocopia della carta d'identità.**

Inoltre, potranno allegare tutte le certificazioni relative ai titoli che ritengono opportuno.

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.

#### **4. VALUTAZIONE DEI TITOLI E DELLE DOMANDE ED EVENTUALE COLLOQUIO**

Alla prima scadenza indicata nel presente bando, le domande pervenute saranno valutate dall'apposita Commissione Esaminatrice tenendo presente le attitudini e/o esperienze risultanti dal curriculum vitae ed eventualmente prevedendo un colloquio in via telematica, che verrà espletato in data 31.08.2021 accedendo al link trasmesso a ciascun candidato all'indirizzo di posta elettronica indicato sulla domanda di partecipazione alla procedura.

Eventuali domande di partecipazione pervenute successivamente alla prima scadenza indicata nel presente bando potranno essere valutate dall'apposita Commissione Esaminatrice con gli stessi criteri sopra indicati, ed eventuale colloquio, in funzione delle esigenze aziendali relative al "Piano di recupero delle liste d'attesa per l'anno 2021".

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.

#### **5. CONFERIMENTO DELL'INCARICO**

Il conferimento dell'incarico al singolo professionista sarà formalizzato all'interno di apposito contratto secondo quanto previsto nel regolamento aziendale che sarà sottoscritto sia dal Direttore della S.C. Risorse umane e relazioni sindacali, su delega resa dal Direttore Generale di quest'Azienda, sia dal singolo incaricato.

La sottoscrizione del contratto presuppone il possesso di P. IVA e assicurazione, da documentare all'Azienda tramite produzione della copia del contratto di stipula della polizza assicurativa 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 all'attività professionale (per un massimale di € 1.500.000,00) corredata da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale (Art.19 Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000).

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

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

#### **6. 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, e dal Codice Etico di Comportamento approvato con deliberazione n. 1028 del 08.11.2019 e pubblicato sul sito intranet aziendale e sul sito istituzionale - link "Amministrazione Trasparente" - dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano.

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 art. 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.



I dati personali forniti dai candidati con la domanda di partecipazione all'avviso, saranno trattati per le finalità di gestione della procedura e per quelle connesse all'eventuale procedimento di assunzione nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza di cui al Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo".

Per le informazioni necessarie rivolgersi alla S.C. Risorse umane e relazioni sindacali – Ufficio Acquisizione risorse di questa Azienda - tel. 02.6444.4934-4589-4033-3239-4538.

Per Delega del Direttore Generale  
Il Direttore 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 **LISTEATTESA ANESTESISTI21**

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 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 e conseguito ai sensi del D.Lgs 368/99  
**(per titoli conseguiti all'estero) (barrare la casella ed incare gli estremi del decreto di riconoscimento)**

**SI**  \_\_\_\_\_

**NO**

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

Via .....CAP..... Città .....

- Altro titolo:

.....

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

Via .....CAP..... Città .....

9. dichiara di essere iscritto :

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

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

Via.....CAP..... Città .....

10. di avere prestato:

- servizi presso Enti o Aziende Pubbliche del SSN, come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (all. A);
- servizi presso altri Enti pubblici, IPAB, ASP o strutture private accreditate, come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (all. B);
- servizi presso Aziende private non accreditate con il SSN, come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (all. C);
- altre attività non ricomprese nella casistica degli allegati A-B-C (all. D);

11.  di non aver mai prestato attività lavorativa;

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

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

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

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

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 17 comma 3 della Legge 7.8.2015 n. 124, (di essere collocato a riposo con 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 in formato europeo
- un elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità



**ALLEGATO A)****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 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  
seguinte 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 \_\_\_\_\_