

Riferimento STR27 DSM

**AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA  
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI**

**SI RENDE NOTO**

In attuazione alla determinazione del Direttore della S.C. Risorse Umane e Relazioni Sindacali n. 1243 del 21.06.2023 esecutiva ai sensi di legge, si procederà al conferimento di:

**N° 2 INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI PER ASSISTENTI SOCIALI**

**E**

**N° 4 INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI PER TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA**

Presso la S.C. Psichiatria e la S.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, afferenti al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, per il periodo dalla data di decorrenza degli incarichi e fino al 31.12.2023, eventualmente prorogabili, per la collaborazione ai progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze nelle aree intervento come di seguito specificato:

- **Area di intervento n. 1 “Percorsi per il superamento della contenzione meccanica nei reparti di Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile”**
  - **n. 2 Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica:**  
attività progettuali operative, all'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, legate ai percorsi di superamento della contenzione meccanica. Implementazione attività riabilitative e/o risocializzanti - individuali o di gruppo - in favore dei degenti, anche attraverso la pianificazione di eventi/attività occupazionali orientate al coinvolgimento dell'intera équipe di degenza;
- **Area di intervento n. 2 “Percorsi Innovativi alternativi ai ricoveri nelle REMS” presso la S.C. Psichiatria**
  - **n. 2 Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica:**  
attività di collaborazione ed integrazione operativa dei CPS in cui operano, con i servizi dipartimentali e di Rete, in modo da favorire una presa in carico precoce dei soggetti con disturbo psichiatrico e disturbo da utilizzo di sostanze per le criticità comportamentali che spesso si associano a questa tipologia di pazienti. Attività riabilitative per il potenziamento della “Equipe forense”, con particolare riguardo alla strutturazione dei contatti con le REMS, Tribunali di sorveglianza/UIEPE, periti del tribunale, strutture residenziali, servizi per le dipendenze e servizi sociali del territorio ma anche con i CPS titolari della presa in carico dei pazienti;
  - **n. 2 Assistenti Sociali:**  
attività di lavoro di rete, svolto con i diversi interlocutori istituzionali, orientato a favorire la realizzazione di progettualità individuali a favore di soggetti autori di reato attraverso l'individuazione di percorsi alternativi all'inserimento in REMS. Oltre alla collocazione in strutture residenziali psichiatriche, attraverso la collaborazione con gli enti locali, le agenzie del territorio e le realtà in esso attive (associazionistiche, terzo settore, ecc) saranno favoriti percorsi di autonomia abitativa, riabilitazione psicosociale, inserimento lavorativo, integrazione sociale;

per un compenso complessivo lordo, per ciascun professionista, di € 37.000 per n. 12 mesi.

Tale importo sarà proporzionato al periodo effettivo dei contratti assegnati, da calcolarsi dalla data di decorrenza degli stessi fino al 31.12.2023, eventualmente prorogabili a seguito di relativa autorizzazione regionale.

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

- ↪ Cittadinanza Italiana o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione europea o appartenente ad uno stato extra comunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia);
- ↪ **Per gli incarichi di Assistente Sociale:** Laurea triennale in Servizio Sociale o laurea specialistica/magistrale o equiparate ovvero diploma universitario di Assistente Sociale o attestati conseguiti in base al precedente ordinamento, riconosciuti come abilitanti alla professione di Assistente Sociale ai sensi della normativa vigente;
- ↪ **Per gli incarichi di Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica:** Diploma Universitario di Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica ovvero Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (classe L/SNT2);
- ↪ Iscrizione al relativo albo professionale.

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. Le equipollenze devono sussistere alla data di scadenza del bando.

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

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

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.

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.

La domanda di partecipazione redatta in carta semplice dovrà pervenire al Protocollo Generale – Piano rialzato Padiglione 6 (orario dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 15.30) 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 **03.07.2023** 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'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);

• **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 STR27 DSM**. 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.**

**Le domande inviate tramite PEC non corrispondenti alle predette istruzioni, saranno oggetto di esclusione.**

## DOMANDA

Nella domanda stessa gli aspiranti dovranno preliminarmente specificare il profilo al quale intendono candidarsi ed indicare sotto la propria responsabilità:

- a. Le proprie generalità, la data ed il luogo di nascita, la residenza, il godimento dei diritti civili e politici ed il recapito eletto ai fini delle comunicazioni;
- b. il possesso della cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o di cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea o cittadinanza di uno stato extra -Europeo (dichiarare il possesso dei requisiti di regolarità per il soggiorno in Italia);
- c. il Comune nelle cui liste elettorali risulta iscritto, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- d. le eventuali condanne riportate ovvero di non aver riportato condanne penali;
- e. i titoli di studio posseduti, con indicazione della data e dell'istituto presso il quale sono stati conseguiti; 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 possesso della specializzazione ove necessaria;
- h. 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 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 allegare 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.

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

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

- attitudini e/o esperienze risultanti dal curriculum;
- esperienza maturata nell'ambito delle attività oggetto del bando presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

**L'espressione della preferenza effettuata dai candidati nella domanda di partecipazione non sarà vincolante per la Commissione, che potrà ritenere idonei i candidati per una diversa area di intervento sulla base delle proprie valutazioni.**

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

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

## **CONFERIMENTO DELL'INCARICO**

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.

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).

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

## **NORME DI RINVIO**

La partecipazione all'avviso comporta l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando, di quelle previste dal Regolamento aziendale per il conferimento di incarichi individuali, 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.

I dati personali forniti dai candidati con la domanda di partecipazione al presente avviso saranno trattati per le finalità di gestione della procedura e per quelle connesse all'eventuale procedimento di conferimento di incarico 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.

L'informativa privacy in versione integrale è consultabile sul sito aziendale [www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it) alla sezione "Amministrazione Trasparente" – "Privacy" – "Informativa privacy Bandi di Concorso".

Per le informazioni necessarie rivolgersi alla S.C. Risorse umane e relazioni sindacali – Ufficio Acquisizione risorse di questa Azienda - tel. 02.6444.4538-4589-4033-4934.

Per Delega del Direttore Generale  
Il Direttore S.C. Risorse Umane  
e Relazioni Sindacali  
f.to Dr.ssa 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 **STR27 DSM**

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

**Terapista della Riabilitazione Psichiatrica** per Area di intervento n. 1 “Percorsi per il superamento della contenzione meccanica nei reparti di Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile”

**Terapista della Riabilitazione Psichiatrica** per Area di intervento n. 2 “Percorsi Innovativi alternativi ai ricoveri nelle REMS”

**L'espressione della preferenza effettuata dai candidati nella domanda di partecipazione non sarà vincolante per la Commissione, che potrà ritenere idonei i candidati per una diversa area di intervento sulla base delle proprie valutazioni.**

**Assistenti Sociali** per Area di intervento n. 2 “Percorsi Innovativi alternativi ai ricoveri nelle REMS”

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 indicare gli estremi del decreto di riconoscimento)**  
**SI**  \_\_\_\_\_  
**NO**   
conseguito in data ...../...../..... presso.....  
Via .....CAP..... Città .....
  - Altro titolo:  
.....  
conseguito in data ...../...../..... presso .....

Via .....CAP..... Città .....

7. dichiara di essere iscritto :

all'albo dell'Ordine dei ..... della Provincia di .....  
dal..... al n.....

Via.....CAP..... Città .....

8. 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);

9.  di non aver mai prestato attività lavorativa;

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

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

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

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

14.  di non rientrare nel caso previsto dall'art. 25 della Legge 724 del 23.12.1994;

15.  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 in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo.**

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  
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 \_\_\_\_\_