

Riferimento AC18 TNPEE

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

SI RENDE NOTO

In attuazione alla determinazione del Direttore della S.C. Risorse Umane e Relazioni Sindacali n. 1482 del 28.07.2023 esecutiva ai sensi di legge, si procederà al conferimento di:

**N° 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA'
DELL'ETA' EVOLUTIVA**

Presso il Centro di Riabilitazione Equestre "Vittorio di Capua" afferente alla S.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza per un periodo di 3,5 mesi per la collaborazione al progetto denominato: "PERVINCA: Per una Visione Inclusiva e Continuativa dell'Autismo" e per lo svolgimento, in accordo con il Direttore della citata S.C., delle seguenti attività:

- Analisi, strutturazione ed erogazione di programmi riabilitativi individualizzati, in integrazione con l'équipe multidisciplinare per pazienti con disturbo dello spettro autistico in età evolutiva;
- Valutazione dei pazienti con ASD attraverso l'utilizzo di scale e di strumenti specifici della professione del TNPEE;
- Terapia assistita con gli animali individuale o di gruppo volti a:
 - sostenere le competenze socio-comunicative;
 - favorire lo sviluppo senso-motorio e l'autonomia;
 - favorire l'autocontrollo e la regolazione tonico-emotiva in risposta ad input sensoriali;
 - potenziare competenze cognitive;
 - sviluppare il senso di orientamento ed una maggiore interazione con l'ambiente;
 - favorire la condivisione di materiali, attività e progetti di gioco;
 - ridurre comportamenti stereotipati.

per un compenso complessivo lordo di € 8.000,00.

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);
- ↳ Diploma Universitario di Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva ovvero Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (classe L/SNT2);
- ↳ Titolo di Idoneità nelle Terapie Assistite con gli Animali (TAA) in qualità di referente di intervento per la terapia;
- ↳ Iscrizione all'Ordine dei TSRM e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

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 **07.08.2023** 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**, **indicando nell'oggetto il RIFERIMENTO AC18 TNPEE**. 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 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 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.

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.

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 – 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 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

(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 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.....

ViaCAP..... Città

- Altro titolo:

.....

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

ViaCAP..... Città

7. **di essere in possesso del titolo di idoneità nelle Terapie Assistite con gli Animali (TAA) in qualità di referente di intervento per la terapia, conseguito il _____**

presso: _____

8. dichiara di essere iscritto :

- all'albo dell'Ordine dei della Provincia di

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

Via.....CAP..... Città

9. di avere prestato:

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

10. di non aver mai prestato attività lavorativa;

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

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

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

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

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

16. di non rientrare nei casi previsti dall'art 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

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 _____

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
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 _____