



Civico Di Cristina Benfratelli

decorrenza termini dal 12-9-2018

scadenza termini per la presentazione delle domande 21-9-2018

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA
AZIENDA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
OSPEDALI CIVICO - G. DI CRISTINA - BENFRATELLI
- PALERMO -**

Avviso pubblico a valutazione comparativa di curricula per il conferimento di incarichi libero-professionale a FARMACISTI da assegnare alla U.O.C. di Farmacia Aziendale.

In esecuzione della deliberazione n. 1303 del 06-09-18 immediatamente esecutiva;

Visti:

- il D.P.R. 445/2000, modificato dalla L. 183/2011
- il D.lgs. 165/01 e ss.ii.mm.
- il vigente CCNL Area Sanitaria non Medica
- l'art. 14 della Legge 161/2014
- il regolamento aziendale 517/16 in materia di incarichi libero professionali

SI AVVISA

che questa Azienda intende procedere al reperimento, mediante conferimento di contratti libero - professionali per incarichi libero-professionale a FARMACISTI da assegnare alla U.O.C. di Farmacia Aziendale per 120 ore mensili.

Saranno ammessi alla selezione coloro che posseggono i requisiti di seguito indicati:

REQUISITI GENERALI DI AMMISSIONE:

- Cittadinanza italiana;
- godimento dei diritti politici;
- non essere in corso nella destituzione, nella dispensa o nella decadenza da impieghi presso la Pubblica Amministrazione.
- idoneità fisica.

REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE

- Laurea in Farmacia;
 - Specializzazione in Farmacia Ospedaliera o equipollente;
 - Iscrizione all'albo;
- Qualora il titolo posseduto non rientri specificatamente tra quelli previsti dal presente avviso, ma sia equipollente per legge alla laurea richiesta, il candidato dovrà indicare, a pena di esclusione, gli estremi normativi che dispongano l'equipollenza.

I suddetti requisiti generali e specifici devono essere posseduti alla data di presentazione dell'istanza di partecipazione.

Il difetto anche di uno solo dei requisiti prescritti comporta la non ammissione all'avviso.

Non possono accedere coloro che sono stati esclusi dall'elettorato attivo, nonché coloro che siano stati dispensati dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per avere conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.



DOMANDA DI AMMISSIONE E TERMINE DI PRESENTAZIONE

Le domande di partecipazione devono essere inviate, pena esclusione, entro il termine perentorio del 10° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito Aziendale www.arnascivico.it.

L'eventuale riserva di invio successivo dei documenti è priva di effetto.

Le domande di ammissione alla presente selezione, da redigersi esclusivamente sugli appositi moduli allegati al presente avviso e scaricabili dal sito, dovranno essere indirizzate al Direttore Generale dell'Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Ospedale Civico, G. Di Cristina e Benfratelli – Via N. Leotta n. 4/a – 90127 - Palermo.

Le domande di partecipazione dovranno essere **esclusivamente spedite con raccomandata**, con avviso di ricevimento, indicando sulla busta a quale selezione si intende partecipare **“Avviso pubblico per il conferimento”** ed indirizzate all'Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Ospedale Civico - G. Di Cristina - Benfratelli Piazza Nicola Leotta n°4 90127 Palermo.

La data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante. L'azienda non è responsabile di eventuali ritardi e/o disguidi postali che dovessero verificarsi nella spedizione delle domande tramite lettera raccomandata mediante altri servizi privati.

L'Azienda non assume alcuna responsabilità per la dispersione di domande di partecipazione o di comunicazioni dovute a inesatta indicazione dei recapiti da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda.

MOTIVI DI ESCLUSIONE

Non saranno imputabili all'amministrazione eventuali disguidi postali.

L'amministrazione non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o da una mancanza oppure tardiva comunicazione del cambiamento di domicilio o dell'indirizzo PEC indicato nella domanda,

Non saranno prese in considerazione le domande che, per qualsiasi motivo, non esclusa la forza maggiore, il caso fortuito e il fatto di terzi, non siano pervenute al protocollo Generale di questo Ente entro i termini suddetti.

Saranno altresì esclusi i candidati le cui domande perverranno con modalità diverse da quelle sopraindicate.

Nella domanda i candidati **dovranno dichiarare**, nelle forme previste dalla legge, sotto la propria responsabilità, a **pena di esclusione**, oltre ai propri dati anagrafici (cognome e nome, luogo, data di nascita, residenza), domicilio, recapito telefonico, codice fiscale, e-mail o indirizzo **PEC** al quale si desidera che vengano trasmesse eventuali comunicazioni:

- il titolo di studio posseduto, con l'indicazione dell'anno di conseguimento e dell'Università o Istituto che lo ha rilasciato;
- il possesso della cittadinanza Italiana, ovvero di essere equiparato dalla legge ai cittadini dello Stato Italiano;
- il comune nelle cui liste elettorali sono iscritti, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste elettorali medesime;
- di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti a proprio carico; in caso contrario devono essere espressamente indicati i procedimenti pendenti;
- non essere in corso nella destituzione, nella dispensa o nella decadenza da impieghi presso la Pubblica Amministrazione, di non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi;
- di essere **in possesso di tutti i requisiti** previsti dal presente bando;
- di non trovarsi in una delle cause di incompatibilità, ai sensi dell'art.6 D.L. n.90 del 24/6/2014 (divieto di incarichi dirigenziali a soggetti in quiescenza);
- l'idoneità fisica a svolgere le attività inerenti all'incarico assegnato;
- l'accettazione integrale di quanto previsto nel presente bando;
- di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi della legge n° 196/2003;

La domanda deve contenere in modo esplicito tutte le dichiarazioni di cui sopra.

Non possono accedere all'avviso coloro che sono stati esclusi dall'elettorato attivo, nonché coloro che siano stati dispensati dall'impiego/incarico presso pubbliche amministrazioni per avere conseguito l'impiego/incarico mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

La generica dichiarazione di essere in possesso di tutti i requisiti o la mancata indicazione di uno dei requisiti specifici di ammissione comporta l'esclusione dalla selezione qualora il possesso degli stessi non possa desumersi dal contenuto della domanda o dalla documentazione prodotta.

L'invio oltre il termine di scadenza determina l'invalidità della domanda stessa con l'esclusione dell'aspirante alla selezione.

Ai sensi dell'art. 39 del d.p.r. n° 445/2000 non viene richiesta l'autenticazione della sottoscrizione in calce alla domanda.

La domanda, priva di sottoscrizione, è illegittima a tutti gli effetti per mancanza di un elemento essenziale. Il mancato invio del documento di riconoscimento, determina l'esclusione dalla selezione.



MODALITA' DI ESPLETAMENTO DELLA SELEZIONE

La Commissione nominata con apposita deliberazione sarà composta come segue:

PRESIDENTE: Il Direttore dell'U.O. interessata

COMPONENTE: Un Dirigente Farmacista nominato dal Commissario

SEGRETARIO: Un Dipendente Amministrativo dell'Azienda

La Commissione procederà all'accertamento del **possesso dei requisiti previsti dal bando** e ad una **valutazione comparativa dei titoli** di coloro che sono stati ammessi alla selezione, tenuto conto della specificità della esperienza richiesta - dell'attività professionale - delle attività formative, di studio e aggiornamento - dell'attività didattica - delle attività scientifiche.

La Commissione formulerà un elenco di candidati idonei cui attingere per il conferimento degli incarichi libero professionali, qualificando tale idoneità in fasce di merito "**ALTA**", "**MEDIA**", "**BASSA**".

L'incarico verrà conferito, prioritariamente, in ordine decrescente, al candidato cui sarà stato attribuito il giudizio di idoneità in fascia "**ALTA**" e, a parità di giudizio, la scelta verrà supportata da apposita motivazione disposta con il provvedimento di conferimento.

L'elenco suddetto, verrà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

MODALITA' DI CONFERIMENTO DELL'INCARICO

Il contratto libero-professionale verrà conferito direttamente dal Commissario dell'Azienda Ospedaliera Civico, G. Di Cristina, Benfratelli.

L'incarico verrà conferito al candidato utilmente collocato nell'elenco, che, convocato per la stipula del contratto libero professionale, dia la sua disponibilità al servizio secondo la tempistica richiesta dall'Amministrazione. L'eventuale, sia pure temporanea, indisponibilità, legittimerà l'Amministrazione allo scorrimento dell'elenco suddetto, dovendosi privilegiare le esigenze di reperimento del personale in via immediata, da parte dell'Azienda.

Il conferimento di cui sopra è subordinato alla dimostrazione da parte dell'aspirante di avere cessato o interrotto ogni qualsivoglia rapporto di lavoro subordinato eventualmente in atto con altri enti pubblici.

Per l'effettuazione della collaborazione è richiesto il possesso di partita IVA.

L'attività e le modalità di espletamento saranno concordate con il Direttore dell'U.O. , sulla base delle esigenze aziendali.

Il professionista dovrà presentare al Servizio economico-finanziario la modulistica, appositamente predisposta contenente i dati richiesti. Per il pagamento del compenso dovuto, il professionista dovrà produrre la documentazione attestante le ore mensili effettuate, vidimate dal Direttore dell'U.O., e copia della fattura elettronica emessa sul numero delle ore effettivamente svolte ogni mese.

Il Direttore dell'U.O.C. dovrà utilizzare idonei strumenti per l'accertamento delle ore effettivamente espletate (**es. registro cartaceo**).

Il compenso orario, omnicomprensivo sarà di € **22,42**. Nel contratto verranno fissati le modalità, le condizioni e la decorrenza dell'incarico libero-professionale che sarà sottoscritto dai contraenti.

Il professionista prima della sottoscrizione del contratto **dovrà esibire polizza assicurativa contro gli infortuni (obbligatoria)**.

L'attività professionale, è garantita da questa Azienda per la responsabilità RCT/O mediante accantonamento di una quota del FSR. Rimane a carico del professionista la eventuale stipula di contratto assicurativo per responsabilità da "Colpa Grave".

Il conferimento dell'incarico non instaura alcun rapporto di lavoro con l'Azienda in quanto l'incarico ha natura di prestazione d'opera intellettuale ai sensi degli artt. 2229 e seguenti del codice civile, e pertanto non costituisce rapporto di pubblico impiego.

Qualora dovesse emergere la carenza dei predetti requisiti, l'Azienda non procederà alla stipula del contratto di affidamento incarico libero professionale.

In caso di rinuncia, anche successivamente al conferimento del contratto, l'assegnazione sarà effettuata:

- per scorrimento di graduatoria al candidato collocato al posto immediatamente successivo.

Condizione risolutiva del contratto, in qualsiasi tempo, sarà l'aver presentato documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.



DIVIETO DI CONFERIMENTO - INCOMPATIBILITA'

Non possono essere conferiti gli incarichi di cui al presente regolamento a dipendenti di pubbliche amministrazioni. Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso, si fa riferimento alla normativa in materia ed al Tit. III° - Cap. I° del C.C..

L'Azienda Ospedaliera si riserva comunque la facoltà di prorogare, sospendere, modificare o revocare il presente avviso, qualora ne rilevasse l'opportunità per ragioni di pubblico interesse, senza che i candidati possano sollevare eccezione o vantare diritti di sorta.

Per eventuali informazioni, gli aspiranti potranno rivolgersi all' Area Risorse Umane - Ufficio Concorsi dell'Azienda Ospedaliera, sito in P.zza Leotta n.4/A - 90127 Palermo- telef. 091-6662532 – 417- 425.
Responsabile del procedimento è il Responsabile del Servizio Stato Giuridico del personale Dr. Fabio Marussich.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art 13 comma 1° del decr. Leg.vo 30.06.2003 n°196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso il SOC Risorse Umane – Sviluppo Organizzativo – Affari Generali per le finalità di gestione della presente procedura di selezione e verranno trattati per le finalità inerenti alle gestione del rapporto di lavoro instauratosi a seguito della detta procedura.

Il trattamento dei detti dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione.

L'interessato gode dei diritti di cui all'art 13 della citata legge, tra i quali figura quello relativo all'accesso ai dati che lo riguardano nonché alcuni diritti complementari tra cui il diritto di far rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge. Copia del presente avviso sarà pubblicato all'Albo dell'Azienda e sul sito <http://www.arnascivico.it>

Il Commissario
Dr. Giovanni Migliore



Firmato digitalmente da

**Giovanni
Migliore**

O = non presente

C = IT

MODELLO DI DOMANDA

Al Commissario
dell' Azienda di Rilievo Nazionale
e di Alta Specializzazione
Ospedale Civico - G. Di Cristina - Benfratelli
P.zza N. Leotta 4/A
90127 PALERMO

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

nato a _____, prov.(_____), il _____

residente attualmente in Via _____ n. _____

CAP _____, Comune di _____ prov.(_____),

Tel./ Cell. _____ CODICE FISCALE _____;

E-Mail _____ o PEC: _____ a

cui saranno fatte pervenire esclusivamente tutte le eventuali comunicazioni, oltre a quelle pubblicate sul sito web Aziendale, da valersi quale notifica, a tutti gli effetti ai sensi di legge

CHIEDE

di partecipare alla procedura per l'attribuzione dell'incarico relativo alla figura di _____ di cui alla deliberazione n. _____ del _____.

Responsabile Scientifico/Referente Aziendale del progetto: _____.

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445, **sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:**

DICHIARA

1. di essere in possesso della cittadinanza Italiana, ovvero _____(1);
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____, ovvero _____(2);
3. di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____;
4. di non avere riportato condanne penali, ovvero _____(3);
5. di non essere incorso nella destituzione o decadenza da impieghi presso la Pubblica Amministrazione;
6. di non trovarsi in una delle cause di incompatibilità di cui all'art 25 della L. 724 del 23/12/1994 e dell'art.6 D.L. n.90 del 24/6/2014
7. di essere in possesso dell'idoneità fisica a svolgere le attività inerenti all'incarico assegnato;
8. **di accettare integralmente quanto previsto nel relativo bando ;**
9. di essere in possesso dei seguenti requisiti prescritti dall'avviso, e precisamente:

a) Titoli di studio (specificare se Laurea triennale o magistrale):

Laurea/Diploma in _____ conseguita presso l'Università di _____, in data _____ con voto _____ della durata di anni _____;

Specializzazione in _____ conseguita presso _____, in data _____ con voto _____;

b) **Abilitazione** ed iscrizione all'Ordine dei _____ in data _____ con numero _____;

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Si allegano:

- 1) **Elenchi numerati, datati e firmati di tutti i documenti prodotti ed allegati all'istanza e/o autocertificati secondo i modelli allegati A - B - C - D - E**
- 2) **Curriculum redatto su conforme modello europeo, DA AUTOCERTIFICARE AI SENSI DI LEGGE**
- 3) **Formula di acquisizione del consenso per il trattamento e la pubblicazione sul sito dell'ARNAS dei propri dati personali;**
- 4) **Copia fotostatica di un valido documento di identità.**

Data _____ Firma _____(4) la domanda priva di firma è nulla.

(1) è richiesta la cittadinanza italiana, ovvero quella di uno dei Paesi dell'Unione Europea. In caso di appartenenza a paesi extracomunitari è richiesta copia del permesso di soggiorno.

(2) in caso di non iscrizione indicare i motivi della cancellazione dalle liste medesime.

(3) in caso affermativo specificare quali.

INFORMATIVA

Gentile Signore/a,

La presente informativa Le viene consegnata in ottemperanza all'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003.

Il trattamento dei dati si svolgerà nel pieno rispetto delle libertà fondamentali senza ledere la Sua riservatezza e la Sua dignità, adottando sempre principi ispirati alla correttezza, liceità e trasparenza e per scopi non eccedenti rispetto alle finalità della raccolta.

I dati da Lei forniti verranno trattati per l'espletamento di tutte le fasi concorsuali (art. 23 del D. Lgs. 196 del 30/06 2003 e s.m.i.)

Il trattamento potrà riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" (l'eventuale adesione a partiti o sindacati, lo stato di salute) e "giudiziari"(certificati del casellario giudiziale, eventuali cessioni del quinto a seguito di ordinanza giudiziaria), indispensabili per svolgere quelle attività concorsuali e che non possono essere adempiute, caso per caso, mediante il trattamento di dati anonimi o di dati personali di natura diversa. Tale trattamento può essere autorizzato solo con il Suo consenso manifestato per iscritto.

I dati trattati non verranno comunicati a soggetti esterni privi di autorizzazione concessa dal Titolare, fatta salva la comunicazione di dati richiesti, in conformità alla legge, da forze di polizia, dall'autorità giudiziaria, da organismi di informazione e sicurezza o da altri soggetti pubblici autorizzati e/o diffusi al fine degli adempimenti derivanti delle norme in materia di trasparenza.

Per il trattamento dei Suoi dati verranno utilizzati strumenti sia elettronici che manuali adottando tutte le misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza e l'integrità dei dati.

Il conferimento dei dati è facoltativo ma il rifiuto a fornirli pregiudicherebbe la parziale o totale partecipazione a tutte le fasi concorsuali ivi comprese le fasi di nomina di conferimento dell'incarico.

Il Titolare del trattamento dei dati è:

Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Civico - G. Di Cristina - Benfratelli" - Palermo, legalmente rappresentata dal Direttore Generale pro-tempore.

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003.

FORMULA DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO **AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, DATI SENSIBILI e/o GIUDIZIARI** **(compilare e sbarrare le caselle interessate)**

Il/La sottoscritto/a, Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____ quale soggetto interessato nella procedura di selezione per l'affidamento dell'incarico di _____ indetta da questa ARNAS – Civico, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, che il trattamento riguarderà sia i dati personali che, in particolare, i dati "sensibili" e/o "giudiziari" di cui all'art.4 comma 1 lett. d) e lett. e), nonché artt. 26-27 del D.Lgs.196/2003, vale a dire i dati "*idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*" e "*dati personali idonei a rivelare provvedimenti di cui all'articolo 3, comma 1, lettere da a) a o) e da r) a u), del D.P.R. 14 novembre 2002, n. 313, in materia di casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti, o la qualità di imputato o di indagato ai sensi degli articoli 60 e 61 del codice di procedura penale*".

Presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa e acconsente alla pubblicazione sul sito Web dell'Azienda degli esiti della valutazione di ciascun partecipante (nota Ass.to Salute prot. n. 23509 dell'11/08/2010).

In particolare (sbarrare le caselle interessate)

Presta **Non presta** il suo consenso per la diffusione dei dati **sensibili e/o giudiziari** per le finalità e nell'ambito indicato nell'informativa.

Luogo _____ Data, _____

Firma leggibile _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione dei titoli di studio

ALL. "A"

Il sottoscritto _____, nato a _____ il ____/____/____, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità dichiara:

a) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

N.	NATURA Titolo posseduto (Diploma maturità, Laurea triennale, Laurea Magistrale, seconda Laurea, Specializzazione, Dottorato, Master, corsi professionalizzanti rilasciati da P.A. di durata superiore a mesi tre)	DENOMINAZIONE FACOLTA'/SCUOLA frequentata (Es. Facoltà di Medicina e Chirurgia, Farmacia, Scienze della formazione, ...)	DENOMINAZIONE Titolo posseduto (Laurea in Medicina e Chirurgia, Infermeristica, Chimica e Tecnologie Farmaceutiche, Psicologia, ...)	Scuola / Università o P.A. che lo ha rilasciato e SEDE (precisare se struttura pubblica, privata)	Durata Anni accademici (specificare se laurea triennale o magistrale)	DATA conseguimento g/m/a	VOTO ed eventuale Lode	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

N.B. i Titoli devono essere indicati in stretto ordine cronologico di conseguimento. I corsi di formazione professionalizzanti elencati in questo allegato, valutati come titolo di studio, **NON DEVONO** essere riportati nell'allegato D, dedicato alla valutazione del curriculum (titoli relativi all'attività di aggiornamento)

Data _____

Firma dell'interessato _____

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà delle attività svolte e/o dei servizi prestati

ALL. "B"



Il sottoscritto _____, nato a _____ il ____/____/____, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità dichiara:

b) di aver svolto le seguenti attività e/o prestato i seguenti periodi di servizio :

N.	Denominazione Azienda/Ente	(precisare se struttura pubblica, privata - accreditata - convenzionata etc...)	Natura giuridica del rapporto di lavoro (tipologia del contratto - tempo determinato, indeterminato, consulenza/co.co.pro/co.co.co. - libero professionale, volontariato, etc..)	Profilo giuridico /professionale rivestito	DATA Inizio Servizio (Decorrenza giuridica) g/m/a	DATA Fine servizio g/m/a	Orario di servizio full time/part-time - le ore settimanali svolte	Indicazione eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettative - congedi non retribuiti, sospensioni dal servizio etc..) e indicazione del periodo interruttivo
1								
2								
3								
4								
5								
6								

N.B. i periodi di servizio e/o di attività devono essere indicati in stretto ordine cronologico.

Data _____

Firma dell'interessato _____

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà delle pubblicazioni / abstract / comunicazioni

All. C



Il sottoscritto _____, nato a _____, il ____ / ____ / _____, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità dichiara:

c) di essere autore delle seguenti pubblicazioni edite a stampa:

N.	AUTORE/I	TITOLO Pubblicazione/articolo	CASA EDITRICE	DATA pubblicazione g/m/a	TITOLO Rivista /congresso	Volume
1. PUBBLICAZIONI INERENTI pubblicate su riviste Internazionali						
1						
2						
3	(cliccare ed aggiungere eventuali altre righe)					
Totale pubblicazioni INERENTI pubblicate su riviste Internazionali						
2. PUBBLICAZIONI INERENTI pubblicate su riviste Nazionali						
1						
2						
3	(cliccare ed aggiungere eventuali altre righe)					
Totale pubblicazioni INERENTI pubblicate su riviste Nazionali						
3. PUBBLICAZIONI NON INERENTI pubblicate su riviste Internazionali						
1						
2	(cliccare ed aggiungere eventuali altre righe)					
Totale pubblicazioni NON INERENTI pubblicate su riviste Internazionali						

4. PUBBLICAZIONI NON INERENTI pubblicate su riviste Nazionali					
1					
2	(cliccare ed aggiungere eventuali altre righe)				
Totale pubblicazioni NON INERENTI pubblicate su riviste Nazionali					

5. COMUNICAZIONI/ABSTRACT/POSTER						
N.	AUTORE/I	TITOLO /articolo/poster/comunicazione/ abstract	CASA EDITRICE	DATA pubblicazione g/m/a	TITOLO convegno /congresso	Volume
1						
2						
3	(cliccare ed aggiungere eventuali altre righe)					
Totale articoli/poster/comunicazioni/ abstract						

Data _____

Firma dell'interessato _____

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di partecipazione a Corsi, Convegni, Seminari, ecc. All. D

Il sottoscritto _____, nato a _____ il ____/____/____, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità dichiara:

d) di aver partecipato ai seguenti corsi di aggiornamento / convegni:

N.	DENOMINAZIONE corso congresso/convegno /seminario/incontro/ ATTIVITA' DIDATTICA	TITOLO della RELAZIONE - INSEGNAMENTO - DOCENZA	LUOGO	DATE rilascio/ attestato g/m/a	DURATA espressa in giornate/ore	
1) Partecipazione in qualità di RELATORE / DOCENTE						
1						
2	(cliccare ed aggiungere eventuali altre righe)					
Totale partecipazione in qualità di Relatore						
2) Partecipazione in qualità di DISCENTE a corsi/congressi/convegni /seminari/incontri INERENTI la materia oggetto della selezione di durata uguale o superiore a giorni tre						
1						
2	(cliccare ed aggiungere eventuali altre righe)					
Totale partecipazione in qualità di Discente corsi uguali o superiore tre g.g.						
3) Partecipazione in qualità di DISCENTE a corsi/congressi/convegni /seminari/incontri INERENTI la materia oggetto della selezione di durata inferiore a giorni tre						
1						
2	(cliccare ed aggiungere eventuali altre righe)					
Totale partecipazione in qualità di Discente corsi inferiore a tre g.g.						

Data _____

Firma dell'interessato _____

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di eventuali altri titoli

All. E

Il sottoscritto _____, nato a _____ il ____/____/____, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità dichiara:

N.	DENOMINAZIONE TITOLO	RIASCIATO DA	LUOGO	DATA rilascio Titolo g/m/a	NOTE CANDIDATO			
1								
2								
3	(cliccare ed aggiungere eventuali altre righe)							

Data _____

Firma dell'interessato _____