



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

000229

Pubblicato il **10 FEB. 2017**

Scadenza il **18 FEB. 2017**

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

Selezione Pubblica per comparazione curriculare per l'attribuzione di n. 2 incarichi libero-professionale della durata di mesi due, rispettivamente **1 per Laureato in Psicologia ed 1 Laureato in Scienze Infermieristiche - Infermiere** per l'ultimazione del progetto: – Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli d'intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea REVAMP
Referente Scientifico per l'ARNAS - Dr.ssa Maria Zambito

Visto il D. lgs 165/01 e s.m.i.

Visto il D.P.R. 445/00 e s.m.i.

Visto il D.Lgs 196/03 e s.m.i.

In esecuzione dell'atto deliberativo n. _____ è indetta Selezione pubblica, per comparazione curriculare, n. 2 incarichi libero-professionale della durata di mesi due, rispettivamente **1 per Laureato in Psicologia ed 1 Laureato in Scienze Infermieristiche - Infermiere** Saranno ammessi alla selezione coloro che possiedono i requisiti di seguito indicati:

Requisiti generali

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

Requisiti specifici

Per la figura dello Psicologo

- Laurea Magistrale in Psicologia
- Iscrizione all'Albo degli Psicologi;

Per la figura dell' Infermiere

- Laurea in **Scienze Infermieristiche - Infermiere**
- Iscrizione all'Albo;

Tutti i requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine della presentazione delle domande di ammissione alla selezione.

I tempi e le modalità dello svolgimento dell'attività lavorativa relativi all'incarico saranno indicate dal Referente Scientifico. E' previsto un impegno orario di circa 120/150 ore mensili per entrambe le figure.

DOMANDA DI AMMISSIONE E TERMINE DI PRESENTAZIONE

Le domande di partecipazione devono essere inviate, pena esclusione, entro il termine perentorio del 8° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando sul sito Aziendale www.arnascivico.it

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 Civico, G. Di Cristina e Benfratelli – Via N. Leotta n. 4/a – 90127 - Palermo.

Onde evitare che pervengano duplicati, le domande di partecipazione dovranno essere inviate **in una sola** delle due modalità sotto indicate, a scelta del candidato:

- **o spedite con raccomandata**, con avviso di ricevimento, specificando sulla busta **“Selezione pubblica per comparazione curriculare. per Laureato in Scienze Infermieristiche”** ovvero **“Selezione pubblica per comparazione curriculare. per Laureato in Psicologia** ed indirizzate all'Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione 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.

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.

- **o inviate per posta certificata all'indirizzo: ospedalecivicopa@pec.it**

A tal fine farà fede la data della ricevuta di invio della PEC.

La validità di invio mediante PEC è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata PEC della quale deve essere titolare.

Non sarà pertanto valido l'invio delle domande di partecipazione, anche se indirizzata alla PEC dell'Azienda, da casella di posta elettronica certificata della quale il concorrente non è titolare.

Nell'invio della domanda via PEC i candidati devono indicare **in oggetto** il numero e la data della deliberazione di indizione seguiti dal proprio cognome e nome, come da sottostante esempio:

OGGETTO: delibera n. _____ del _____ - COGNOME NOME

Le domande di partecipazione al presente avviso e la relativa documentazione dovranno essere esclusivamente inviate in **un unico file in formato PDF**, pena la non ammissione al concorso se presentate in formati differenti. Inoltre si precisa che le domande trasmesse mediante PEC saranno valide solo se:

- sottoscritte mediante firma digitale;
- oppure sottoscritte nell'originale scansionato ed accompagnato da fotocopia del documento di identità in corso di validità.

MOTIVI DI ESCLUSIONE

Non saranno imputabili all'amministrazione eventuali disguidi postali o di trasmissione via PEC.

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 le 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 indicate le eventuali condanne riportate;
- non essere in corso nella destituzione, nella dispensa o nella decadenza da impieghi presso la Pubblica Amministrazione, di non aver riportato condanne penali, di non essere sottoposto a procedimenti penali, 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 propria firma apposta in calce alla domanda.

La domanda, priva di sottoscrizione, è illegittima a tutti gli effetti per mancanza di un elemento essenziale.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Ai sensi del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, D.P.R. 445/2000, così come modificato dall'art. 15 c.1 l. 183/2011, le P.A. non possono più ricevere certificati rilasciati da altre P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti.

Tali certificazioni devono essere sempre sostituite dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o da dichiarazioni sostitutive di atto notorio.

Pertanto, i candidati dovranno utilizzare esclusivamente i seguenti modelli allegati.

- **Tali modelli, in formato excell, possono essere agevolmente scaricati e utilizzati inserendo ulteriori altre righe in base alle necessità di compilazione. I dati devono essere riportati in modo completo in ogni singola colonna, avendo l'accortezza di indicare le date per esteso (giorno – mese – anno) e di non riempire le caselle delle colonne riservate alla Commissione esaminatrice.**

All.A) Elenco numerato, datato e firmato di tutti i titoli accademici, certificati o attestazioni relativi al curriculum scolastico (Diploma, Laurea, Specializzazione, Dottorati di ricerca, Master, Corsi di formazione professionalizzanti di rilievo);

All.B) Elenco numerato, datato e firmato di tutti i servizi prestati e/o attività svolte;

All.C) Elenco numerato, datato e firmato degli attestati di partecipazione a corsi, convegni, seminari ect... Tali attestati devono essere suddivisi in: partecipazione in qualità di relatore e/o docente partecipazione in qualità di discente di durata uguale o superiore a gg. 3 e partecipazione in qualità di discente di durata inferiore a gg. 3.

NON riportare gli stessi corsi elencati nell'allegato A da valutare come formazione. Gli attestati conseguiti nella stessa data saranno valutati una sola volta; quelli senza data di conseguimento non saranno valutati.

All.E) Elenco numerato, datato e firmato di eventuali altri titoli che il candidato ritenga opportuno presentare ai fini della valutazione di merito e della formulazione della graduatoria.

- Un curriculum formativo e professionale redatto su conforme modello europeo, datato e firmato, contenente la dichiarazione che tutto quanto è in esso indicato, nonché gli stati e i titoli posseduti, corrisponde al vero, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000;
- Formula di acquisizione del consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi della L.196/03, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della presente procedura e contestuale autorizzazione all'Azienda alla pubblicazione sul sito Internet dell'Azienda degli esiti della valutazione di ciascun partecipante (nota Assessorato alla Salute prot. 23509 dell'11/08/2010). Tali dati potranno essere sottoposti ad accesso da parte di eventuali ricorrenti, portatori di un concreto interesse, ai sensi dell'art. 22 L. 241/90 e successive m.m.ed i.i. ;
- Copia fotostatica di un valido documento di identità.

Non è ammesso il riferimento a documentazione presentata per la partecipazione ad altro concorso o avviso indetto precedentemente da questa Azienda.

In caso di accertamento di non veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, fatte salve le relative conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

A norma dell'art. 7 del D.lvo 165/01 è garantita pari opportunità tra uomini e donne sull'accesso al lavoro ed al relativo trattamento sul lavoro.

Ai sensi dell'art. 37 del DPR 445/2000 non sono soggetti all'imposta di bollo le domande ed i relativi documenti allegati per la partecipazione ai concorsi presso le pubbliche amministrazioni.

MODALITA' DI ESPLETAMENTO DEL CONCORSO

La Commissione, formata dal Direttore dell'U.O. C. Medicina e Chirurgia d'accettazione e di Urgenza - P.S. e

dal Referente Scientifico del Progetto, procederà all'accertamento del **possesso dei requisiti previsti dal bando** ed alla comparazione dei curricula, collocando i partecipanti rispettivamente in tre fasce: **alta media, bassa;**

Saranno valutati:

- eventuale esperienza maturata- nell'ambito del progetto, nei P.S.
- I titoli di servizio riguardanti attività svolte presso amministrazioni pubbliche e/o aziende;
- attività svolta presso aziende pubbliche, aziende accreditate o convenzionate o private.

L'incarico verrà conferito, prioritariamente, in ordine decrescente e, a parità di voto. al candidato più giovane.

La graduatoria suddetta, verrà pubblicata sul sito internet aziendale.

MODALITA' DI CONFERIMENTO DELL'INCARICO

Il contratto libero-professionale verrà conferito direttamente dal Direttore Generale 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.

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. C./Responsabile Scientifico, 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.C., e copia della fattura elettronica emessa sul numero delle ore effettivamente svolte ogni mese.

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

Il compenso orario, omnicomprendente per la figura dell'infermiere sarà di € **18,00.**, per la figura dello Psicologo sarà € 22,42. Relativamente a tale figura l'attività libero professionale dovrà essere espletata su **7 gg.**, con copertura **h. 24.**

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.

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

- per il periodo residuale

- 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.

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 l'U.O.C. 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>

Per eventuali informazioni, gli aspiranti potranno rivolgersi all'Area Risorse Umane – Ufficio Concorsi dell'Azienda Ospedaliera, sito in Piazza Leotta, n. 4/A – 90127 Palermo Telef. 091- 6662532 – 428 (Responsabile del procedimento è il Responsabile del Servizio Stato Giuridico del personale Dr. Fabio Marussich)


H Direttore Generale
Dr. Giovanni Migliore

MODELLO DI DOMANDA

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

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____
nato a _____, il _____
residente attualmente a _____ prov.(),
in Via _____ n. _____ CAP _____;
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 individuale per la figura di _____
di cui alla deliberazione n. _____ del _____.

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 _____ (1);
2. di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali _____ (2);
3. di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____;
4. di avere/non avere riportato condanne penali _____ (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;
7. di essere in possesso dell'idoneità fisica a svolgere le attività inerenti all'incarico assegnato;
8. di accettare integralmente quanto previsto nel presente bando ;
9. di essere in possesso dei seguenti **requisiti specifici 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 all'esercizio della professione ed iscrizione all'Ordine degli _____:

c) Documentata formazione/esperienza professionale: (Specificare denominazione e data inizio e fine periodo):
Formazione/Esperienza in _____ presso _____ dal _____ al _____.

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, AUTOCERTIFICATO 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) _____

- (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 positivo, specificare di quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.
(3) in caso affermativo specificare quali.
(4) la domanda priva di sottoscrizione è nulla.

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.

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 richieste, 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

Il/La sottoscritto/a, Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____ quale soggetto
interessato nella _____ per l'affidamento dell'incarico _____

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 particolari 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 "9 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".

O Presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa e specificatamente per la pubblicazione sul sito Web dell'Azienda

In particolare

O Presta O 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 _____

AVVISO

Nel caso di invio della domanda via PEC, all'indirizzo ospedale.civica.pa@pec.it, i partecipanti devono indicare in oggetto il numero e la data della delibera di indizione :

N. del seguito dal proprio cognome e nome

ESEMPIO

OGGETTO: Delibera N. _____ del _____ - COGNOME NOME

**N.B. SIA LA DOMANDA CHE GLI ALLEGATI DEVONO ESSERE
INVIATI IN UN UNICO FILE**

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	NOTE COMMISSIONE
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 Servizio Inizio (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	NOTE COM- MISSIONE
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. 28/1/2000 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	NOTE COMMISSIONE
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	NOTE COMMISSIONE
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	DATA rilasciato attestato g/m/a	DURATA espressa in giornate	NOTE COMMISSIONE
----	---	---	-------	---------------------------------	-----------------------------	------------------

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	RILASCIATO DA	LUOGO	DATA rilascio Titolo g/m/a	NOTE CANDIDATO	NOTE COMMISSIONE
1						
2						
3	(cliccare ed aggiungere eventuali altre righe)					

Data _____

Firma dell'interessato _____