*Fac-simile domanda di ammissione a selezione pubblica*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | All’AMMINISTRAZIONEFondazione I.R.C.C.S. Policlinico “San Matteo”V.le Golgi, 1927100 P A V I A |

|  |  |
| --- | --- |
| OGGETTO:  | Domanda di ammissione alla selezione pubblica per il conferimento di un incarico di lavoro autonomo, di natura professionale, per supportare le attività di ricerca in svolgimento presso la U.O.C. Laboratorio Genetica, Trapiantologia e Malattie Cardiovascolari e la U.O.C. Pneumologia (procedimento n. 20180064645) |

Il sottoscritto *Cognome Nome*,

**CHIEDE**

di essere ammesso alla procedura selettiva in oggetto

All’uopo dichiara, sotto la propria personale responsabilità:

* di essere nata/o a ……………………………………. Il ……………………………………………………………………..;
* di essere residente a ……………………………………. in via …………………………………………………………..;
* di possedere il seguente Codice fiscale ………………………………………………………………………………..;
* di possedere la seguente Partita Iva ……………………………………………………………..(se posseduta);
* di essere in possesso della cittadinanza italiana, o di uno degli stati membri dell’Unione Europea;
* di godere dei diritti civili e politici;
* di non avere riportato condanne penali, né di avere in corso procedimenti penali;
* di essere in possesso del Diploma di laurea in ………………………………………………………………………;

conseguita il …………………………………. presso …………………………………………………………………………;

* di essere in possesso del Diploma di specializzazione in …………………………………………………………

conseguita il ……………………………………….. presso …………………………………………………………………..;

* di essere iscritto regolarmente all’Albo dei Medici Chirurghi della provincia di ………………………

…………………….. nella posizione n. ……….. a decorrere dal ……………………………………………………..;

 **Esprime il proprio consenso ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per tutte le fasi del procedimento di selezione** chiede che ogni comunicazione relativa alla presente selezione venga effettuata al seguente indirizzo:

Cognome e nome ……………………………………………………………………………………………………………………….

Via …………………………………………………………………………………………………….n……………………………………..

Cap ……………………………………… Città ………………………………………………................ Prov…....................

Telefono……………………………………………. E-mail ……………………………………………………………………………

Data, **……………………………** Firma……………………………………………………………

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

**Allegato**, parte integrante e sostanziale, alla domanda di partecipazione alla selezione pubblica per il conferimento di incarichi di collaborazione coordinata continuativa nell’ambito di attività di ricerca in corso presso le UU.OO. richiedenti.

**Il sottoscritto/a**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**nato/a a ………………………………………………………………………………………. il ………………………………………………

residente a………………………………………………………………… in via …………………………………………………………..

* *consapevole che la Fondazione IRCCS “San Matteo” effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati,*
* *consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt.483,495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,*

*DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445* **di possedere i seguenti requisiti specifici di ammissione:**

**TITIOLI DI STUDIO**

**Diploma di Laurea** in ………………………………………………………………………………………………………………………

(specificare in base a quale ordinamento è stato conseguito)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Conseguito in data …………………………………………………. presso ………………………………………………………….

Diploma di Specializzazione in ………………………………………………………………….........................................

(specificare se conseguita ai sensi del D. Lgs. 257/91 o ai sensi del D. Lgs n. 368/99)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Conseguito in data …………………………………………………………….. presso ………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nel caso in cui il titolo di studio sia stato conseguito all’estero, indicare gli estremi del provvedimento ministeriale di riconoscimento di equipollenza al corrispondente titolo di studio italiano: …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**ISCRIZIONE ALL’ALBO PROFESSIONALE**

Albo dell’Ordine ……………………………………………….. della Provincia di ………………………………………………

Dal …………………………………….. n. posizione ……………………………………………………………………………………….

**di essere in possesso dei seguenti titoli:**

**TITOLI DI CARRIERA**

Servizi esclusivamente svolti in qualità di dipendente di Enti del SSN o Case di cura private solo se convenzionate o accreditate ovvero in qualità di dipendente di altre Pubbliche Amministrazioni nel profilo e/o disciplina per cui ci si candida. Si precisa che il servizio prestato all’estero non può essere autocertificato, a meno che lo stesso risulti trascritto in pubblici registri in Italia.

*Compilare il seguente schema per ciascun titolo di carriera che si vuole elencare* (\*)

Azienda/ Ente ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Indirizzo Azienda/ Ente …………………………………………………………………………………………………………………..

Profilo (qualifica) professionale ricoperto, disciplina, rapporto di lavoro esclusivo/non esclusivo…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data assunzione ………………………………………………………………………………………………………………………………

Data di cessazione (ovvero indicare se tuttora in corso)…………………………………………………………………..

Causa di risoluzione del rapporto di lavoro ………………………………………………………………………………………

N. ore settimanali (tempo pieno/ part-time con relativa percentuale)……………………………………………..

Interruzioni (aspettative, sospensioni, ecc..) (\*)

(\*) indicare se ricorrono o meno le condizioni di cui all’ultimo comma dell’art.46 del D.P.R. 761/79.

**TITOLI DI STUDIO E TITOLI ACCADEMICI – Indicare ulteriori titoli di studio o accademici posseduti oltre a quello già indicato quale requisito di ammissione**

*Compilare il seguente schema per ciascun titolo di studio che si vuole elencare*

Diploma di ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Conseguito presso ……………………………………………………………………………………………………………………………

In data ……………………………………………….

**PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI**

Elencare, numerando progressivamente, i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, da allegare per esteso, o in originale o in copia conforme. La numerazione delle singole pubblicazioni allegate deve corrispondere alla numerazione dell’elenco compilato qui di seguito.

*Compilare il seguente schema per ciascuna pubblicazione che si vuole elencare*

Pubblicazione n. ………………………….

Tipo di pubblicazione (indicare de libro, abstract o poster)…………………………………..............................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Titolo della pubblicazione ………………………………………………………………………………………………………………..

Indicare se autore o coautore ………………………………………………………………………………………………………….

Pubblicato da (indicare nome rivista o Casa Editrice)……………………………………………………………………….

Anno di pubblicazione………………… Riproduzione per intero/per estratto da pag……….. a pag…………

Vedi allegato n……….. originale oppure copia conforme all’originale (cartacea o formato PDF)

**EVENTI FORMATIVI**

Inserire dettagliatamente l’elenco dei corsi formativi professionali o di aggiornamento attinenti, specificando se seguiti da esame finale.

*Compilare il seguente schema per ciascun corso che si vuole elencare*

Evento formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario o workshop)……………...........

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Titolo evento ……………………………………………………………………………………………………………………………………

In qualità di (relatore/partecipante) ………………………………………………………………………………………………..

Organizzato da (denominazione completa e indirizzo dell’ente/società organizzatrice)……………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sede evento …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data svolgimento evento …………………………………………………………………………………………………………………

Per complessivi giorni …………………………………………………. per complessive ore………………………………….

Indicare n. crediti ECM (a fronte di *verifica* finale ECM)……………………………………………………………………

Specificare se *CON esame finale* (NON ECM) …………………………………………………………………………………..

 Trattasi di attività svoltasi non presso Enti pubblici: si allega copia fotostatica dell’attestazione riferita all’attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n……… pagine e contrassegnata con il numero …….

**DOCENZE/ATTIVITA’ DIDATTICHE:**

*Compilare il seguente schema per ciascuna docenza/attività didattica che si vuole elencare*

Tipo di docenza/attività didattica …………………………………………………………………………………………………….

Titolo corso ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Organizzato da (denominazione completa e indirizzo dell’ente/società organizzatrice)……………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Destinatari del corso ……………………………………………………………………………………………………………………….

In data (data svolgimento corso) ……………………………………………………………………………………………………..

Per complessivi giorni ……………………………………………….. per complessive ore …………………………………..

 Trattasi di attività svoltasi non presso Enti pubblici: si allega copia fotostatica dell’attestazione riferita all’attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n……… pagine e contrassegnata con il numero …….

**ATTIVITA’ SCIENTIFICHE E DI RICERCA** *nell’ambito della disciplina per cui ci si candida.*

*Compilare il seguente schema per ciascuna attività che si vuole elencare*

Azienda/Ente …………………………………………………………………………………………………………………………………

Indirizzo Azienda/Ente …………………………………………………………………………………………………………………….

Descrizione attività ………………………………………………………………………………………………………………………….

Data di inizio (dal…………) …………………………………………………………………………………………………………………

Data di fine (ovvero indicare se in corso) (al ……….) …………………………………………………………………………

Ulteriori informazioni……………………………………………………………………………………………………………………....

**ALTRE ATTIVITA’ LAVORATIVE ED ESPRIENZE PROFESSIONALIZZANTI**

**Servizi prestati presso Aziende Private Non accreditate o Non convenzionate con il Servizio Sanitario nazionale e altre attività professionali attinenti alla disciplina per cui ci si candida, non collocabili tra i titoli di carriera.**

*Compilare il seguente schema per ciascuna attività che si vuole elencare*

Azienda/Ente …………………………………………………………………………………………………………………………………

Indirizzo Azienda /Ente ……………………………………………………………………………………………………………………

Profilo (qualifica) ricoperto, disciplina ……………………………………………………………………………………………..

Data di inizio prestazione (dal……) ……………………………………………………………………………………………………

Data di fine prestazione (ovvero indicare se in corso) (al……) …………………………………………………………..

Natura giuridica del contratto (°) …………………………………………………………………………………………………….

n. ore settimanali (tempo pieno/part-time con relativa con relativa percentuale) ………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Interruzioni (aspettative, sospensioni, ecc…) …………………………………………………………………………………..

(°) Indicare se dipendente, co.co.pro., co.co.co., di somministrazione lavoro, interinale, libero professionale, socio lavoratore, ecc….

Luogo e data ………………………………………………………

Letto, confermato e sottoscritto

**IL DICHIARANTE** (firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_