|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

*Fac-simile domanda di ammissione a selezione pubblica*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | All’AMMINISTRAZIONE  Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico “San Matteo”  V.le Golgi, 19  27100 P A V I A |

|  |  |
| --- | --- |
| OGGETTO: | Domanda di ammissione alla selezione pubblica per il conferimento di un incarico di collaborazione coordinata continuativa per lo svolgimento di attività di ricerca/supporto alla ricerca presso la U.O.C. Malattie Infettive II – Infettivologia ed Immunologia (procedimento n.20170025424) |

Il sottoscritto *Cognome Nome*,

**CHIEDE**

di essere ammesso alla procedura selettiva in oggetto per l’incarico 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_