

ALLEGATO C – DOMANDA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO PER LA COPERTURA DI INSEGNAMENTI PRESSO LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE COORDINATE DALLA SCUOLA DI SCIENZE DELLA SALUTE UMANA DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE

**Al Direttore Generale Azienda
Ospedaliero Universitaria MEYER**

**Presso Università degli Studi di Firenze
PEC saluteumana@pec.unifi.it**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
_____ il _____, Codice Fiscale _____
residente a _____ Via _____ n. _____
Tel. _____ Mail _____ PEC _____
dipendente dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Meyer dal _____ ed attualmente in servizio presso
la struttura _____

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per la copertura dell'insegnamento

B a n d o	Scuola di specializzazione	Anno di corso	Unità didattica (Codice)	Ore copertura (*)	Unità didattica (nome)

(*) In ipotesi di candidatura per un insegnamento di didattica frontale inserire la dicitura LEZ

di cui agli allegati A e B al bando richiamato in oggetto.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle responsabilità penali applicabili in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

- di essere in possesso della laurea in _____ conseguita in data _____ presso _____;

di essere in possesso della specializzazione nella disciplina di _____
conseguita in data _____ presso _____
durata del corso anni _____;

di essere iscritto all'Albo di _____;

di aver maturato un'anzianità di servizio di almeno 10 anni presso strutture pubbliche e/o private accreditate del SSN, come di seguito dettagliato:¹

- denominazione e tipologia di ente _____
- periodo dal _____ al _____ (indicare le eventuali interruzioni (aspettative, congedi, ecc.)
- tipologia del rapporto di lavoro (dipendente, libero-professionale, convenzionato) _____
- _____
- (se dipendente, indicare se a tempo determinato o indeterminato, a tempo pieno a part-time)
In caso di servizio presso case di cura convenzionate o accreditate indicare se il rapporto di lavoro è continuativo
- motivo della cessazione _____

(Schema da riprodurre per ciascuna esperienza dichiarata)

di essere in possesso di almeno uno dei Valori-soglia degli indicatori per i candidati all'Abilitazione Scientifica Nazionale per il ruolo di professore associato, in relazione al Settore Scientifico Disciplinare dell'insegnamento per il quale si concorre;

di aver effettuato le seguenti pubblicazioni:

- di non avere riportato condanne penali; ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali _____

(In caso affermativo specificare le condanne riportate indipendentemente dall'eventuale clausola di "non menzione");

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

- di aver preso visione e di accettare incondizionatamente tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando.
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate dal D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. e all'art. 496 del C.P., oltre alla decadenza dai benefici conseguenti il

¹ Qualora il servizio sia prestato presso aziende o enti del servizio sanitario nazionale, indicare se 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. In caso positivo, deve essere precisata la misura della riduzione del punteggio.

provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere;

- che le dichiarazioni rese sono documentabili;
- di dare il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 e dell'art. 13 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati (GDPR 2016/679), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

data _____

Firma _____

Allega:

- nulla osta alla candidatura sottoscritto dal Responsabile delle Struttura di appartenenza
- curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- fotocopia di valido documento di identità.