

FORMAT 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 di Careggi

Largo Brambilla, 3 – 50134 Firenze

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____
il _____, residente a _____ Via _____ n. _____
dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi dal _____ ed attualmente in
servizio presso _____,
presa visione del bando specifico prot. n. _____ del _____

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per la copertura dell'insegnamento

Codice	SSD	Unità didattica	Peso copertura

di cui all'allegato A e B al bando richiamato in oggetto.

A tal fine, ai sensi degli art. 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 _____;

***se si presenta domanda per un insegnamento di didattica frontale, barrare quanto non richiesto.**

- di essere in possesso della specializzazione nella disciplina di _____ conseguita in data _____ presso _____ durata del corso anni _____;
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici 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 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");
- di indicare come segue il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente bando:
Dott. _____ Via/P.za/C.so _____
(C.A.P.) _____ Città _____ (Prov. _____)
Tel. _____ e-mail _____

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 provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere;

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.

- 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.

Allega:

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

data _____

Firma _____