|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo uslcentro | **Disponibilità all’attività di docenza nei corsi di studio della Scuola di Scienze della Salute Umana dell’Università degli studi di Firenze** |  |

**Allegato n. 1 – Curriculum vitae**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46  D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’
(Art. 47  D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

|  |
| --- |
| Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) |
| Nato/a a | Prov. | il |
| Nazionalità |
| Residente a | Prov. |
| Via | n. |
| Telefono | e-mail |

**ai sensi degli artt. 46, 47 e 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria responsabilità**

**D I C H I A R A**

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

|  |
| --- |
| **Esperienze lavorative**  |

**Esperienza professionali specifiche**

|  |
| --- |
| ***Indicare soltanto le esperienze professionali pertinenti al profilo o ai contenuti dell’insegnamento previsti dal bando******Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.******Inserire un riquadro per ogni esperienza*** |
| Date (da – a)  |  |  |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro |  |  |
| attività libero professionale***Specificare in studio privato oppure presso Aziende, Istituti ecc.*** |  |  |
| Tipo di azienda o settore |  |  |
| Tipo di impegno***Specificare se a tempo pieno o tempo parziale; in questo caso specificare la percentuale di impegno*** |  | . |
| Ruolo, mansioni e responsabilità |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date (da – a)  |  |  |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro |  |  |
| attività libero professionale***Specificare in studio privato oppure pressoAziende, Istituti ecc.*** |  |  |
| Tipo di azienda o settore |  |  |
| Tipo di impegno***Specificare se a tempo pieno o tempo parziale; in questo caso specificare la percentuale di impegno*** |  |  |
| Ruolo, mansioni e responsabilità |  |  |

**Docenze universitarie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Università |  |  |
| Corso di studio |  | Laurea in |  |
|  |  | Laurea Magistrale/specialistica in |  |
|  |  | Specializzazione in |  |
|  |  | Dottorato in |  |
|  |  | Master I livello in  |  |
|  |  | Master II livello in |  |
| Insegnamento (unità didattica/modulo) |  |  |
| Anno accademico |  |  |
| CFU |  |  |
| Settore Scientifico Disciplinare |  |  |

**Docenze presso altri enti**

***Indicare soltanto le esperienze professionali pertinenti al profilo o ai contenuti dell’insegnamento previsti dal bando (non sono da inserire relazioni nell’ambito di congressi)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e indirizzo dell’Ente presso il quale si è erogato il corso |  |  |
| Titolo dell’evento formativo |  |  |
| Principali contenuti della docenza effettuata |  |  |
| Anno  |  |  |
| Durata in ore |  |  |

|  |
| --- |
| **Istruzione e formazione** |

**Titoli universitari
*(laurea, laurea magistrale/specialistica, specializzazione, dottorato, master universitario)***

|  |
| --- |
| ***Iniziare con le informazioni più recenti*** ***Inserire un riquadro per ogni titolo*** |
| Titolo conseguito |  | Laurea in |  |
|  |  | Laurea Magistrale/specialistica in |  |
|  |  | Specializzazione in |  |
|  |  | Dottorato in |  |
|  |  | Master I livello in  |  |
|  |  | Master II livello in |  |
| Datadi conseguimento  |  |  |
| Conseguito presso  |  |  |
| Voto di diploma |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Titolo conseguito |  | Laurea in |  |
|  |  | Laurea Magistrale/specialistica in |  |
|  |  | Specializzazione in |  |
|  |  | Dottorato in |  |
|  |  | Master I livello in  |  |
|  |  | Master II livello in |  |
| Datadi conseguimento  |  |  |
| Conseguito presso  |  |  |
| Voto di diploma |  |  |

**Altri titoli formativi
*(corsi di perfezionamento/aggiornamento erogati da università, corsi ECM, corsi erogati da altri enti)***

|  |
| --- |
| ***Indicare soltanto le esperienze formative pertinenti al profilo richiesto dal bando******Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascuna esperienza formativa.******Inserire un riquadro per ogni esperienza formativa*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titolo del corso |  |  |
| Periodo di svolgimento***da/a*** |  |  |
| Durata in ore |  |  |
| Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso |  |  |
| Verifica finale***indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale*** |  |  |
| ECM acquisiti |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Albi e collegi** |  |  |
| Specificare Albo professionale |  |  |
| Provincia |  |  |
| Data di iscrizione |  |  |
| numero |  |  |

**Elenco delle pubblicazioni scientifiche**

***Riportare separatamente indicando, per ciascuna di esse, l’elenco completo degli autori, il titolo, la pubblicazione (rivista, libro, atti congressuali), anno, volume, pagina della pubblicazione, editore.***

* **Abstract in atti congressuali**
* **Pubblicazioni in esteso**
* **Monografie o capitoli di libri**

|  |
| --- |
| **Capacità e competenze personali***Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali*. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Madrelingua |  | **[ Indicare la madrelingua ]** |

|  |
| --- |
| Altre lingua |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **[ Indicare la lingua ]** |
| **•** Capacità di lettura |  | [ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ] |
| **•** Capacità di scrittura |  | [ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ] |
| **•** Capacità di espressione orale |  | [ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ulteriori informazioni** |  | [ Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc. ] |

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, formazione e/o uso di atti falsi di cui all’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere disposta dall’art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

**Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità (1).**

………………………………

(luogo e data)

Il dichiarante(2) …………………………………….

**Note per la compilazione:**

(1) La fotocopia del documento di identità in corso di validità è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione.

(2) La firma, da apporre per esteso ed in forma leggibile, è obbligatoria pena la nullità della dichiarazione.

**Allegato 2 - Nulla Osta alla docenza**

**Allegato obbligatorio**

**all’istanza di candidatura**

**Oggetto:** Disponibilità all’attività di docenza nei corsi di studio della Scuola di Scienze della Salute Umana dell’Università degli Studi di Firenze – Anno accademico 2019/2020

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 dipendente matr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo indeterminato dell’Azienda USL Toscana Centro nella qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso la struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 convenzionato dell’Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞏MMG 🞏PLS🞏Specialista ambulatoriale

si dichiara disponibile per l’anno accademico 2019/20 (secondo quanto indicato nell’Avviso) a coprire:

1. L’insegnamento/Il Modulo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Del Corso di Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. L’insegnamento/Il Modulo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Del Corso di Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. L’insegnamento/Il Modulo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Del Corso di Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali previste (art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445) dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47del predetto DPR 445 di essere in possesso dei requisiti indicati nel CV autocertificato e dichiara inoltre di impegnarsi a svolgere l’eventuale attività di insegnamento conferita fuori orario di lavoro nel rispetto delle modalità orarie definite dalla struttura di appartenenza e del CC.NN.LL.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Visto di nulla osta per la disponibilità allo svolgimento dell’incarico di docenza**

**il Direttore/Responsabile della struttura organizzativa aziendale di appartenenza**

**Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Timbro e Firma) ……………………………………………