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 USL Toscana Centro**

# 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 USL Toscana Centro dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed attualmente in servizio presso la struttura

# CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per la copertura dell’insegnamento

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Bando** | **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]](#footnote-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 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.
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. [↑](#footnote-ref-1)