

ALLEGATO C – FORMAT DOMANDA

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

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliero Universitaria MEYER
Viale Pieraccini 24
50139 Firenze

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____
il _____, residente a _____ Via _____ n. _____
dipendente dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Meyer 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 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 _____;

***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. _____ email _____

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;

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.

- 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 delle Struttura di appartenenza
- curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- fotocopia di valido documento di identità.

data _____

Firma _____

Allegato D - Nulla Osta alla candidatura "Scuole Specializzazione"

Oggetto: Disponibilità all'attività didattica e di tutorato nei corsi di studio della Scuola di Scienze della Salute Umana dell'Università degli Studi di Firenze –

Il/la sottoscritto/a _____

dipendente a tempo determinato (specificare dal ____ al ____) indeterminato dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Meyer nella qualifica di _____ presso la Struttura _____

si dichiara disponibile (secondo quanto indicato nel bando) a coprire:

Des. Scuola _____ Anno di corso _____ SSD _____ Unità'
didattica _____ Peso copertura _____ Ore
copertura _____

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 47 del 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 secondo quanto riportato nel bando: per gli insegnamenti relativi ad attività professionalizzante, l'attività didattica è svolta nell'ambito e contestualmente alla attività assistenziale, salvaguardando le esigenze e funzioni di quest'ultima. Lo svolgimento di funzioni di tutorato del tirocinio formativo affidate a personale del Servizio sanitario sono svolte nell'ambito dell'orario di servizio. Per gli insegnamenti di didattica frontale (aventi un peso massimo di 2 CFU -16 ore) le ore erogate, in misura massima di 16 ore annue, sono orario di lavoro e computate nell'ambito dell'istituto cosiddetto "della riserva oraria" prevista dal comma 4 dell'art. 24 del CCNL della dirigenza sanitaria del 19/12/2019

Data _____

Firma _____

Visto di nulla osta per la disponibilità allo svolgimento dell'incarico di docenza/tutorato

il Direttore/Responsabile della struttura organizzativa aziendale di appartenenza

Dott. _____

data _____

(Timbro e Firma)

ALLEGATO E – FORMAT CURRICULUM

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000 (DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ (____) il _____

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 e sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

- di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli di studio (1): _____
- di aver partecipato ai seguenti corsi (2): _____
- di aver svolto le seguenti attività didattiche nell'ambito di Scuole di Specializzazione o corsi di Studio

_____ (specificare Ateneo/Facoltà-Scuola/corso di studio, anno accademico, numero di CFU)

- di essere autore/coautore delle seguenti **Publicazioni /abstract/poster** (indicare se originale, copia conforme o altro):

Titolo _____

Autori _____

Rivista scientifica / altro _____

Originale/copia conforme/file PDF (cancellare le ipotesi che non interessano)

(Schema da riprodurre per ciascuna pubblicazione presentata)

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre che le fotocopie eventualmente allegate sono conformi agli originali in suo possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nel presente curriculum corrisponde al vero.

Il/la sottoscritto/a esprime 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

1) Si intendono titoli di studio ulteriori rispetto a quelli richiesti per l'accesso al profilo. Qualora l'interessato dichiari di avere conseguito titolo di studio, qualifiche, specializzazioni, abilitazioni, dovrà dichiarare anche data, luogo, istituto di conseguimento.

2) Qualora l'interessato dichiari la partecipazione a corsi, convegni, congressi o seminari, dovrà indicare l'oggetto degli stessi, la Società o Ente organizzatore, le date in cui si sono svolti, la durata, se il dichiarante vi ha partecipato in qualità di uditore o relatore e se era previsto un esame finale.

