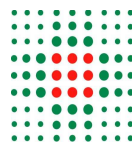


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



**Università
degli Studi
di Ferrara**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Servizio Comune
Gestione del Personale
Struttura Semplice
Dotazione Organica e Procedure di

Rifer. determ. n. 410/2020

Ferrara, 09.09.2020

TM/tm

**AVVISO PUBBLICO, PER SOLI TITOLI,
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI TEMPORANEI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE
SANITARIO – TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA (CAT. D)
PER ESIGENZE COMUNI DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA E DELL'AZIENDA USL DI
FERRARA**

SI RENDE NOTO

Che in attuazione alla determinazione del Direttore del Servizio Comune Gestione del Personale Umane n. 410 del 31.08.2020, esecutiva ai sensi di legge, e' bandita pubblica selezione, per soli titoli, per il conferimento di incarichi temporanei di:

**COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA (CAT. D)
PER ESIGENZE COMUNI DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA E DELL'AZIENDA USL DI
FERRARA**

Con la presente procedura verranno formulate due distinte graduatorie (una per ogni Amministrazione) che verranno utilizzate dalle Amministrazioni per procedere alla copertura, a tempo determinato, dei posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere (cat. D) che si renderanno temporaneamente vacanti nell'arco temporale di validità delle graduatorie stesse.

Il candidato, pertanto, all'atto di iscrizione alla presente procedura, dovrà indicare, nella domanda di partecipazione, per quale Amministrazione intende concorrere. DEVE ESSERE INDICATA UNA SOLA OPZIONE.

Il mancato esercizio dell'opzione determinerà l'esclusione dalla procedura in oggetto.

Le disposizioni per l'ammissione all'avviso e le modalità di espletamento del medesimo sono stabilite dal D.P.R. 220/2001.

Azienda Ospedaliero -Universitaria di Ferrara
Sede legale: Via A. Moro, 8- 44124 Ferrara
Dipartimento Interaziendale Gestionale Amministrazione del Personale
T+ 39. 0532 236961 F. + 39. 0532/ 236719
www.ospfe.it
Partita IVA 01295950388

Azienda U.S.L. di Ferrara
Via Cassoli, 30 – 44121 Ferrara
T. +39.0532. 235.747 -+39.0532.235.864
www.ausl.fe.it
Partita IVA 01295960387

Requisiti specifici di ammissione:

- A) Laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia (classe L/SNT3 Professioni Sanitarie Tecniche) o diploma equipollente.
- B) iscrizione al relativo albo professionale di cui al DM 13.03.2018, art. 1, comma 1, lett. a).. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei paesi dell'Unione Europea, ove prevista, consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

Gli aspiranti agli incarichi temporanei dovranno inoltre essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 2 del D.P.R. 220/2001.

Tutti i requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione.

La domanda che il candidato presenta deve essere firmata in calce senza necessità di alcuna autentica (art. 39, D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445). La mancata sottoscrizione della domanda o l'omessa indicazione anche di una sola delle sopraindicate dichiarazioni o dei requisiti per l'ammissione determina l'esclusione dall'avviso pubblico. I candidati devono contestualmente trasmettere fotocopia non autenticata di documento valido di identità personale. **La mancata allegazione di fotocopia del documento di riconoscimento determinerà l'esclusione dalla procedura.**

Le domande in carta libera con le indicazioni sopra elencate, dovranno pervenire al **Servizio per la Tenuta del Protocollo Informatico e la Gestione dei Flussi Documentali dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara (Via Aldo Moro, 8 – Località Cona, Ferrara) entro le ore 12,00 del 15° giorno non festivo successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia - Romagna.**

Le domande si considerano prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine sopra indicato. A tal fine fa fede il timbro e la data dell'ufficio postale accettante.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara non risponde comunque di eventuali disguidi o ritardi derivanti dal servizio postale.

Le domande potranno essere inviate, nel rispetto dei termini di cui sopra e in un unico file in formato PDF, anche utilizzando una casella di posta elettronica certificata, unitamente a scansione del documento di identità del sottoscrittore, all'indirizzo PEC del Servizio per la Tenuta del Protocollo Informatico e la Gestione dei Flussi Documentali: protocollo@pec.ospfe.it.

Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte del candidato, di casella di posta elettronica certificata personale. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC aziendale sopra riportata. E' esclusa la possibilità di integrazione della domanda inviata via PEC con documenti inviati via posta ordinaria.

Le domande possono essere trasmesse solo a mezzo Raccomandata R.R. o via PEC. E' esclusa ogni altra forma di presentazione o trasmissione, compresa la presentazione diretta al Servizio per la Tenuta del Protocollo Informatico e la Gestione dei Flussi Documentali. Non verranno altresì prese in considerazione domande spedite in data antecedente o successiva a quella di vigenza del bando.

La domanda di partecipazione all'avviso e il correlato curriculum formativo professionale devono essere presentati compilando esclusivamente il form allegato. Qualunque altra forma di presentazione della domanda e/o del curriculum formativo-professionale, determineranno l'esclusione dalla procedura in oggetto.

NON deve essere allegata documentazione probatoria in quanto la compilazione dei campi di cui all'allegato form, nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, farà fede, fino a querela di falso, della veridicità dei contenuti della stessa.

DEVE invece allegata, pena l'esclusione dalla procedura, la documentazione richiesta nel bando ai fini di:

- ammissione dei cittadini extra UE
- riconoscimento del titolo di studio conseguito all'estero
- eventuale provvedimento di destituzione/licenziamento/dispensa dal pubblico impiego
- riconoscimento diritto alla riserva di posti
- riconoscimento diritto alla preferenza/precedenza in caso di parità di punteggio

La dichiarazione resa dal candidato nel form allegato, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo; l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato.

In particolare, con riferimento al servizio prestato, la dichiarazione sostitutiva, resa con le modalità sopraindicate, deve contenere l'esatta denominazione dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato, la qualifica, il tipo di rapporto di lavoro, le date di inizio e di conclusione del servizio prestato nonché le eventuali interruzioni e quant'altro necessario per valutare il servizio stesso. Anche nel caso di dichiarazione per periodo di attività svolta quale borsista, di docente, di incarichi libero – professionali, etc. occorre indicare con precisione tutti gli elementi indispensabili alla valutazione (tipologia dell'attività, periodo e sede di svolgimento della stessa).

Ai fini degli accertamenti d'ufficio, si rinvia a quanto previsto dall'art. 43 del DPR 445/00.

Si rammenta infine che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute. In caso di accertamento di dichiarazioni non rispondenti a veridicità, ai sensi dell'art 75 del DPR 445/2000, il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, fatte salve le previste conseguenze penali.

Le graduatorie saranno predisposte da apposita commissione composta da:

- Direttore Assistenziale Aziendale o persona da questi delegata con funzioni di Presidente;
- n. 2 Componenti in qualità di Esperti inquadrati nella stessa categoria/profilo di cui al posto messo a selezione, comunque di categoria non inferiore;
- n. 1 dipendente amministrativo di categoria non inferiore alla C con funzioni di Segretario.

La Commissione formulerà la graduatoria sulla base della valutazione di titoli tenuto conto dei seguenti punteggi:

- 30,000 punti per i titoli

I punti per la valutazione dei titoli sono così ripartiti:

titoli di carriera: 15;

titoli accademici e di studio: 3;

pubblicazioni e titoli scientifici: 2;

curriculum formativo e professionale: 10.

Ai fini della valutazione come titolo nei concorsi di assunzione, il servizio non di ruolo prestato presso pubbliche amministrazioni, a titolo di incarico, di supplenza, o in qualità di

straordinario, ad esclusione di quello prestato con qualifiche di volontario, di precario o similari, ed il servizio di cui al settimo comma dell'articolo unico del decreto legge 23 dicembre 1978, n. 817, convertito, con modificazioni della legge 19 febbraio 1979, n. 54, sono equiparati al servizio di ruolo.

I servizi prestati presso le Forze Armate, le Case di Cura convenzionate o presso strutture diverse dalle Aziende sanitarie ovvero i servizi prestati all'estero, dovranno essere conformi a quanto previsto dagli artt. 20 – 21 e 22 del DPR 220/2001.

Per la valutazione delle pubblicazioni, dei titoli scientifici e del curriculum formativo e professionale si applicano i criteri previsti dall'articolo 11 del DPR 220/2001.

Al termine della valutazione dei titoli, l'Amministrazione Capofila, con determina del Direttore del Servizio Comune Gestione del Personale, riconosciuta la regolarità degli atti del pubblico avviso, li approva contestualmente all'approvazione di 2 distinte graduatorie di merito che sono immediatamente efficaci, ciascuna nell'Amministrazione di competenza.

Tutte le riserve e precedenza stabilite dalle vigenti disposizioni di legge saranno osservate, purché alla domanda di ammissione alla selezione siano allegati i necessari documenti probatori..

Le graduatorie degli idonei saranno pubblicate sui siti Internet dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e dell'Azienda USL di Ferrara ad intervenuta esecutività dell'atto di approvazione della graduatoria stessa.

Le graduatorie formulate a seguito del presente avviso potranno essere utilizzata entro 24 mesi dalla loro approvazione, per il conferimento di incarichi temporanei presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e presso l'Azienda USL di Ferrara.

In caso di esaurimento della graduatoria da parte di una Amministrazione, la stessa potrà utilizzare la graduatoria della restante Amministrazione. La rinuncia del candidato alla proposta di assunzione da parte dell'Amministrazione diversa da quella scelta dal candidato al momento della presentazione della domanda, non comporta la decadenza dalla posizione in graduatoria. La rinuncia invece del candidato alla proposta di assunzione da parte dell'Amministrazione scelta dal candidato medesimo all'atto della presentazione della domanda, comporta la decadenza dalla posizione in graduatoria.

Il personale che verrà assunto presso l'Azienda USL di Ferrara, dovrà essere disponibile ad operare presso qualunque struttura sanitaria del territorio provinciale ferrarese.

La presentazione della domanda di partecipazione alla presente selezione equivale ad accettazione delle condizioni di cui al presente bando da intendersi quale lex specialis della presente procedura. Per tutto quanto non previsto dal presente avviso, si fa riferimento alle vigenti disposizioni in materia.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara si riserva la facoltà di prorogare o sospendere o annullare il bando in relazione all'esistenza di ragioni di pubblico interesse concreto ed attuale; si riserva altresì la facoltà di revocare la pubblica selezione in conseguenza delle mutate esigenze dei servizi, dei presidi o di altre strutture dell'Azienda Ospedaliero Universitaria o dell'Azienda USL di Ferrara, nonché in conseguenza di norme che stabiliscano il blocco delle assunzioni

Per le informazioni necessarie sul bando gli interessati potranno rivolgersi alla **Struttura Semplice Dotazione Organica e Procedure di Reclutamento – Servizio Comune Gestione del Personale delle Aziende Sanitarie Ferraresi, C.so Giovecca, 203 - 44121 Ferrara - Tel. 0532/236961 – 0532/236965 – 0532/235744 – 0532/235673. Il bando può altresì essere consultato su INTERNET agli indirizzi: www.ospfe.it e www.ausl.fe.it**

Il Direttore del Servizio Comune
Gestione del Personale
(Dr. Luigi MARTELLI)

**PUBBLICATO SUL BOLLETTINO UFFICIALE
DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
N. 310 DEL 09.09.2020
SCADENZA DEL TERMINE PER LA PRESENTAZIONE
DELLE DOMANDE: ORE 12,00 DEL 24.09.2020**

**AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
DI FERRARA
Via ALDO MORO, 8
44124 CONA - FERRARA**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Recapiti Telefonici _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Domicilio presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione inerente la selezione (se diverso dalla residenza):

Via/Piazza _____ n. _____

Località _____ **Prov.** _____ **CAP** _____

Recapiti telefonici _____

chiede di essere ammesso/a all'avviso pubblico, per soli titoli, per il conferimento di incarichi temporanei di:

COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA (CAT. D)

emesso il _____ con provvedimento n. _____

**INDETTO IN FORMA CONGIUNTA TRA AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA E L'AZIENDA USL
DI FERRARA**

Amministrazione per cui il sottoscritto presenta domanda:

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA

AZIENDA USL DI FERRARA

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1) di essere in possesso della cittadinanza italiana

di non essere in possesso della cittadinanza Italiana:

Dichiarazione di cittadinanza UE / extra UE (annerire la voce di interesse):

di essere in possesso della cittadinanza U.E. (specificare quale) _____

di non avere la cittadinanza di uno Stato membro dell'U.E. ma di essere familiare di cittadino di Stato membro dell'U.E., e di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente (allegare documentazione)

di essere cittadino di Paese non appartenente all'Unione Europea e di essere titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (allegare documentazione)

di essere cittadino di Paese non appartenente all'Unione Europea e di essere titolare dello status di rifugiato (allegare documentazione)

di essere cittadino di Paese non appartenente all'Unione Europea e di essere titolare dello status di protezione sussidiaria (allegare documentazione)

2) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del COMUNE di _____

di non essere iscritto nelle liste elettorali in quanto cittadino non italiano e di NON AVERE a proprio carico provvedimenti giudiziari che comportino nel paese di origine o in Italia la perdita del diritto di voto

di non essere iscritto nelle liste elettorali in quanto cittadino non italiano e di AVERE a proprio carico provvedimenti giudiziari che comportino nel paese di origine o in Italia la perdita del diritto di voto

di non essere iscritto nelle liste elettorali per altro motivo (specificare il motivo) _____

di essere iscritto nelle liste elettorali degli italiani residenti all'estero (AIRE)

3) di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso:

di avere riportato le seguenti condanne penali da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto o perdono giudiziale (precisare il Tribunale e gli articoli del codice penale e di procedura penale): _____

di non avere riportato condanne penali e di avere i seguenti procedimenti penali in corso (precisare il Tribunale e gli articoli del codice penale e di procedura penale): _____

4) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione (annerire la voce di interesse):

Laurea di Tecnico di Neurofisiopatologia, abilitante alla Professione Sanitaria di Tecnico di Neurofisiopatologia (Classe di appartenenza L/SNT3 Classe delle lauree in professioni sanitarie tecniche)

Diploma universitario di Tecnico di Neurofisiopatologia (Art. 6 comma 3 del D. Lgs 502/1992)

Titolo di studio conseguito all'estero (è obbligatorio allegare il decreto di riconoscimento)

altro (diplomi e attestati conseguiti in base al precedente ordinamento, riconosciuti equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici concorsi). Specificare il titolo di studio: _____

Conseguito il _____

Presso _____

- 5) Di essere iscritto all'Albo dei Tecnici di Neurofisiopatologia di cui al DM 13.03.2018, art. 1, comma 1, lett. a). L'iscrizione al corrispondente Albo di uno dei Paesi membri della U.E. consente la partecipazione all'avviso restando l'obbligo di iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

Si precisa che l'iscrizione all'albo della relativa professione, alla data di scadenza per la presentazione delle domande costituisce requisito obbligatorio di ammissione alla procedura concorsuale/selettiva. Il Ministero della Salute, con nota prot. 50053 del 18.10.2018, ha infatti chiarito che il termine del 19 settembre 2019, ovvero, 18 mesi dall'entrata in vigore del DM 13.03.2018, deve considerarsi quale "limite temporale per le Aziende sanitarie per la richiesta della certificazione ai singoli professionisti per partecipare ai concorsi o alle selezioni"

Provincia di iscrizione all'Albo: _____

Numero albo: _____ Iscrizione dal _____

di NON ESSERE iscritto all'Albo Professionale dei Tecnici di Neurofisiopatologia (indicare motivo) _____

- 6) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni ovvero licenziato a decorrere dal 02.09.1995 (data di entrata in vigore del primo CCNL del personale del comparto Sanità)

di essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni ovvero licenziato a decorrere dal 02.09.1995 (data di entrata in vigore del primo CCNL del personale del comparto Sanità). E' obbligatorio allegare il provvedimento di destituzione/dispensa/licenziamento.

- 7) di non avere mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente presso pubbliche amministrazioni

di avere prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente presso Pubbliche Amministrazioni

8) di NON avere diritto alla riserva dei posti

di avere diritto alla riserva dei posti per il seguente motivo (allegare documentazione probatoria).

9) di avere diritto alla precedenza o a preferenza (in caso di parità di punteggio) per il seguente motivo:
_____ (allegare documentazione probatoria);

10) di possedere la patente di Cat. "B" ; di non possedere la patente di Cat. "B"
(barrare la casella)

11) di non aver superato il limite massimo di età per il collocamento a riposo d'ufficio;

12) di essere disponibile ad operare presso tutte le strutture e i servizi dell'Amministrazione nelle forme e secondo le modalità previste dalla legge.

Altri titoli accademici e di studio

ATTENZIONE: Indicare solo i titoli di studio già conseguiti

Titolo accademico e di studio:

Descrizione: _____
Conseguito il _____ Presso: _____

Descrizione: _____
Conseguito il _____ Presso: _____

Curriculum professionale

Indicare tutte le esperienze professionali, attuali e/o concluse:

Datore di Lavoro(denominazione e sede): _____

Tipologia Datore di lavoro (Ente SSN/Altra Pubblica Amministrazione/IRCCS/Case di Cura convenzionate con il SSN/privato/Agenzia interinale o cooperativa/Servizio Militare o civile/ Struttura Estera) _____

Natura del rapporto di lavoro(dipendente/libero professionista/CO.CO.CO o a progetto/ borsa di studio/collaborazione occasionale) _____

Qualifica _____

Percentuale tempo per i servizi part time: _____

Dal _____ al _____

Datore di Lavoro(denominazione e sede): _____

Tipologia Datore di lavoro (Ente SSN/Altra Pubblica Amministrazione/IRCCS/Case di Cura convenzionate con il SSN/privato/Agenzia interinale o cooperativa/Servizio Militare o civile/ Struttura Estera)_____

Natura del rapporto di lavoro(dipendente/libero professionista/CO.CO.CO o a progetto/ borsa di studio/collaborazione occasionale)_____

Qualifica_____

Percentuale tempo per i servizi part time: _____

Dal_____ al_____

Incarichi di Responsabilità formalmente attribuiti presso Pubbliche Amministrazioni

Tipo Pubblica Amministrazione (Azienda del SSN/Altra Pubblica Amministrazione/IRCSS/Ente equiparato a P.A.)_____

Denominazione Pubblica Amministrazione_____

Tipologia incarico: (Incarico di P.O. o funzione/Incarico di elevata professionalità/funzioni di coordinamento):

Descrizione incarico:_____

Dal_____ al_____

Tipo Pubblica Amministrazione (Azienda del SSN/Altra Pubblica Amministrazione/IRCSS/Ente equiparato a P.A.)_____

Denominazione Pubblica Amministrazione_____

Tipologia incarico: (Incarico di P.O. o funzione/Incarico di elevata professionalità/funzioni di coordinamento):

Descrizione incarico:_____

Dal_____ al_____

Partecipazione a corsi/convegni/congressi/seminari

Indicare solo i corsi già conclusi

Titolo_____

Ente/Azienda Organizzatrice_____

Durata complessiva in ore_____

Dal_____ al_____

ECM_____

Ruolo: (relatore/docente/uditore/moderatore/segreteria scientifica)_____

Titolo _____
Ente/Azienda Organizzatrice _____
Durata complessiva in ore _____
Dal _____ al _____
ECM _____
Ruolo: (relatore/docente/uditore/moderatore/segreteria scientifica) _____

Titolo _____
Ente/Azienda Organizzatrice _____
Durata complessiva in ore _____
Dal _____ al _____
ECM _____
Ruolo: (relatore/docente/uditore/moderatore/segreteria scientifica) _____

Titolo _____
Ente/Azienda Organizzatrice _____
Durata complessiva in ore _____
Dal _____ al _____
ECM _____
Ruolo: (relatore/docente/uditore/moderatore/segreteria scientifica) _____

Titolo _____
Ente/Azienda Organizzatrice _____
Durata complessiva in ore _____
Dal _____ al _____
ECM _____
Ruolo: (relatore/docente/uditore/moderatore/segreteria scientifica) _____

Titolo _____
Ente/Azienda Organizzatrice _____
Durata complessiva in ore _____
Dal _____ al _____
ECM _____
Ruolo: (relatore/docente/uditore/moderatore/segreteria scientifica) _____

Incarichi di insegnamento/docenza

ATTENZIONE:

- 1. NON indicare ore di docenza effettuate durante i corsi di aggiornamento che vanno invece indicate al punto precedente.**
- 2. Indicare un solo anno accademico di riferimento per riga: in caso di corso su più anni accademici ripetere le informazioni del corso su più righe.**

Materia della docenza _____
Ente che ha conferito la docenza _____
Durata complessiva in ore _____
Anno scolastico/accademico di riferimento _____

Materia della docenza _____
Ente che ha conferito la docenza _____
Durata complessiva in ore _____
Anno scolastico/accademico di riferimento _____

Materia della docenza _____
Ente che ha conferito la docenza _____
Durata complessiva in ore _____

Anno scolastico/accademico di riferimento _____

Pubblicazioni e titoli scientifici

Inserire esclusivamente pubblicazioni edite a stampa.

Titolo _____
Autori _____
Anno di Pubblicazione _____
Rivista _____
Tipologia (Capitolo di libro/libro/articolo/abstract/poster/comunicazione a convegno) _____

Titolo _____
Autori _____
Anno di Pubblicazione _____
Rivista _____
Tipologia (Capitolo di libro/libro/articolo/abstract/poster/comunicazione a convegno) _____

Titolo _____
Autori _____
Anno di Pubblicazione _____
Rivista _____
Tipologia (Capitolo di libro/libro/articolo/abstract/poster/comunicazione a convegno) _____

Dati di contatto

Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC): _____

Presso (solo se le comunicazioni sono da indirizzare a persona diversa dal candidato) :

Informativa privacy

Il/la sottoscritto/a

da espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzati alla gestione della presente procedura nonché agli adempimenti conseguenti

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

Il/la sottoscritto/a consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, consapevole, ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000, di incorrere nella decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e consapevole altresì che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici

DICHIARA, sotto la propria responsabilità,

- che tutto quanto riportato nella domanda e nel curriculum corrisponde al vero e che i documenti allegati in copia sono conformi all'originale.
- che, se nei dati di contatto è stato indicato un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC), l'Amministrazione è autorizzata ad utilizzarla per ogni comunicazione, qualora lo ritenesse opportuno, con piena efficacia e garanzia di conoscibilità degli atti.

Data _____

Firma _____