

AVVISO DI MOBILITA' VOLONTARIA TRA AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE DEL COMPARTO SANITA', ANCHE DI REGIONI DIVERSE, E DI AZIENDE ED ENTI DI ALTRI COMPARTI, DI CUI AL CCNQ DELL 11.06.2007, AI SENSI DEL D.LGS. 30.03.2001 N. 165.

In esecuzione della Determinazione del Direttore Generale n° 88/2475 del 31 marzo 2023 è indetto avviso pubblico di mobilità per l'assunzione a tempo indeterminato e a tempo pieno, mediante trasferimento tra amministrazioni pubbliche del comparto Sanità, anche di Regioni diverse, e di Aziende ed Enti, per

n. 1 posto Cat. D profilo dell' "Area Professionisti della Salute e dei Funzionari" da assegnare presso gli Uffici Amministrativi Area Economico – Finanziaria - Gestione e Trattamento Economico del Personale e Area Affari Generali

A detto profilo professionale è attribuito il trattamento economico previsto dal vigente CCNL per la Cat. D profilo l'Area Professionisti della Salute e dei Funzionari, nonché dalle vigenti disposizioni legislative in materia.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Per l'ammissione all'avviso sono prescritti i seguenti requisiti:

1. essere dipendente a tempo indeterminato, nel profilo professionale di cui sopra, presso Azienda o Ente summenzionati;
2. aver superato con esito favorevole il periodo di prova nel profilo professionale di cui sopra;
3. idoneità psicofisica alla mansione specifica.

I requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso per la presentazione delle domande e persistere anche all'atto del trasferimento.

La mancanza di tali requisiti comporterà la non ammissione alla procedura di mobilità ovvero, nel caso di carenza riscontrata all'atto del trasferimento, la decadenza dal diritto al trasferimento.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande di ammissione all'avviso, redatte in carta semplice, e indirizzate al Direttore Generale. dell'ASP II.AA.RR. dovranno pervenire all'Ufficio Protocollo o mediante lettera raccomandata A/R al seguente indirizzo Via Emilia 12, 27100 Pavia o, per i soggetti, identificati dal sistema informatico attraverso le credenziali di accesso relative all'utenza personale di posta elettronica certificata di cui all'art. 16-bis del D.L. n. 185 del 2008 convertito in legge n. 2 del 2009, le domande potranno essere inoltrate tramite PEC al seguente indirizzo: protocollo.asppavia@pec.it.
entro e non oltre

le ore 12.00 del 5 maggio 2023

Non verranno ritenute valide le domande pervenute oltre il termine.

Per le domande inviate in forma cartacea a mezzo posta fa fede il timbro dell'Ufficio Postale accettante.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio, l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Nella domanda i candidati debbono dichiarare sotto la propria responsabilità:

1. il cognome e il nome;
2. la data, il luogo di nascita e la residenza;
3. l'Amministrazione e la struttura organizzativa presso la quale prestano servizio a tempo indeterminato.
4. l'avvenuto superamento del periodo di prova nel profilo professionale di appartenenza;
5. l'eventuale assunzione in forza della Legge n. 68/99;
6. l'eventuale godimento dei benefici ex art. 33, Legge n. 104/92;
7. il profilo professionale di appartenenza, l'eventuale titolarità di incarichi; se il rapporto di lavoro è a tempo pieno o part-time (indicare la percentuale);
8. l'eventuale collocamento in distacco sindacale a tempo pieno o parziale;
9. il possesso dell'idoneità fisica al servizio;
10. l'eventuale sussistenza di limitazioni a svolgere mansioni connesse alle funzioni di appartenenza;
11. l'eventuale sussistenza di procedimenti disciplinari, di destituzione, decadenza o dispensa dal servizio in corso o di sanzioni disciplinari non antecedenti due anni dalla loro applicazione;
12. la consistenza delle assenze per malattia dell'ultimo triennio (con riferimento alla data di scadenza del bando);
13. le eventuali situazioni personali, familiari o sociali che i candidati riterranno di presentare a sostegno della propria istanza di mobilità (quali: familiari a carico, figli minori conviventi, distanza tra il proprio domicilio e l'attuale sede dell'Amministrazione di appartenenza, gravi situazioni personali o familiari di handicap, di malattia, disagio sociale);
14. il consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs 30.06.2003, n. 196 ai fini della gestione della procedura di mobilità e degli adempimenti conseguenti;
15. il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione, in caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza di cui al precedente punto 2.

La firma in calce alla domanda non è soggetta ad autenticazione.

La mancata sottoscrizione della domanda costituisce motivo di esclusione dell'avviso.

L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA.

Alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:

1. una dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante lo stato di servizio integrata con i dati stipendiali.
2. un curriculum formativo e professionale, redatto su carta semplice, datato e firmato dall'interessato con indicazione, in modo dettagliato, degli ambiti di attività professionale e le specifiche competenze acquisite;
3. copia del documento di identità in corso di validità.

Il curriculum formativo e professionale dovrà essere redatto secondo le indicazioni ministeriali (curriculum formato europeo).

Saranno prese in considerazione esclusivamente le istanze correlate dalla documentazione sopra elencata e debitamente sottoscritta o le autocertificazioni e le dichiarazioni sostitutive redatte ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n: 445, l'Amministrazione procederà ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive eventualmente rese.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000 qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal candidato lo stesso decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

MODALITA' DI SELEZIONE

L'Amministrazione provvederà a verificare la sussistenza dei requisiti richiesti per l'ammissione al presente avviso.

L'elenco dei candidati ammessi verrà pubblicato sul sito Web aziendale www.asppavia.it Sezione Bandi e Concorsi.

L'esclusione dalla procedura di mobilità sarà notificata agli interessati mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

I candidati in possesso dei requisiti richiesti dal bando dovranno sostenere un colloquio. La convocazione avverrà mediante comunicazione sul sito web dell'ASP II.AA.RR. www.asppavia.it Sezione Bandi e Concorsi con preavviso di almeno 10 giorni avrà valore di notifica a tutti gli effetti.

Il colloquio verterà sulla verifica delle esperienze professionali dichiarate nella domanda e sulle competenze acquisite nel corso dell'attività lavorativa pertinenti rispetto alla collocazione professionale prevista ed indicata nel presente atto.

I candidati che non si presenteranno a sostenere il colloquio, nel giorno e nell'ora e nella sede stabilita saranno dichiarati esclusi dalla presente procedura di mobilità, qualunque sia la causa dell'assenza, anche se non dipendente dalla volontà dei candidati.

La valutazione sarà effettuata da apposita Commissione.

Il giudizio della Commissione si fonderà:

1. sulla valutazione comparativa dei curricula dei candidati in relazione al profilo e al posto da ricoprire. La valutazione terrà in debita considerazione:
 - la congruenza della qualificazione ed esperienza professionale dei candidati, delle loro capacità professionali, di tutte le informazioni attinenti il rapporto di lavoro nonché di eventuali altri elementi rilevabili dalle informazioni contenute nelle istanze, con le prestazioni da svolgere e gli obiettivi da perseguire nell' ASP;
 - la rispondenza dei curricula, delle caratteristiche e delle motivazioni dei candidati, alle esigenze aziendali e al profilo atteso per la collocazione professionale ricercata;
2. l'esito del colloquio sostenuto dai candidati, sarà finalizzato a valutare il patrimonio di conoscenze e le capacità di soluzione dei problemi operativi in relazione alle esigenze dell'Azienda nei settori indicati nel presente bando;
3. idoneità fisica alle mansioni proprie del profilo;
4. situazione disciplinare pregressa, solo per sanzioni non antecedenti al biennio.

La Commissione, al termine dei lavori, formulerà la graduatoria dei candidati sulla base di un giudizio dal quale emerga la maggior rispondenza degli stessi alle esigenze dell'Azienda.

Al termine della procedura l'Azienda provvederà a comunicare agli interessati gli esiti della stessa mediante pubblicazione sul sito aziendale.

RISERVA DELL'AMMINISTRAZIONE

L' ASP si riserva, altresì, di modificare, prorogare, sospendere, revocare il presente avviso, in relazione a nuove disposizioni di legge, per comprovate ragioni di pubblico interesse ovvero per nuovi assetti interni che non rendano opportuno il procedere con l'assunzione.

L'ASP si riserva, infine, la facoltà di non assumere il candidato in caso di sua inidoneità psicofisica alla mansione specifica accertata dal Medico Competente aziendale.

TRASFERIMENTO

L'assunzione in servizio del vincitore avviene con provvedimento del Direttore Generale.

Il candidato individuato è invitato a produrre il nulla osta rilasciato dall'Azienda Ente di appartenenza.

L'ASP si riserva di non procedere all'assunzione qualora la decorrenza del trasferimento risulti incompatibile con le proprie esigenze organizzative.

All'atto del trasferimento l'ASP non si fa carico del residuo ferie maturato dal vincitore presso l'Azienda di provenienza.

Con il candidato verrà stipulato un contratto individuale di lavoro a tempo pieno, anche se il precedente rapporto di lavoro era a impegno ridotto.

Il candidato provvederà, prima della stipulazione del contratto individuale di lavoro, a produrre i documenti comprovanti il possesso dei requisiti richiesti dal presente avviso, nonché dei titoli prescritti per il profilo professionale ricoperto, fatte salve le disposizioni vigenti in tema di dichiarazioni sostitutive.

La data di inizio del rapporto di lavoro verrà indicata nel contratto individuale di lavoro.

E' in ogni modo, condizione risolutiva del contratto di lavoro, senza obbligo di preavviso, l'intervenuto annullamento della presente procedura di mobilità che ne costituisce il presupposto, nonché l'aver ottenuto il trasferimento mediante presentazione di documenti/autocertificazioni false o viziate da invalidità non sanabile.

Con la partecipazione all'avviso è implicita da parte dei concorrenti l'accettazione senza riserve, di tutte le prescrizioni del presente avviso, nonché di quelle che disciplinano o disciplineranno il rapporto di lavoro del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento alla normativa in materia con particolare riferimento all'art. 30 del D.Lgs. 30.03.2011 n. 165 e s.m.i. e ai CC.CC.NN.LL. Comparto Sanità vigenti.

Per informazioni si prega di rivolgersi all'Ufficio Personale, lunedì mercoledì e venerdì dalle 10.00 alle ore 12.00, Tel. 0382/381369-350.

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 10, comma 1, della legge n° 196/2003, i dati personali forniti dal candidato saranno raccolti presso l'Istituto per le finalità di gestione della selezione e saranno trattati presso una banca dati automatizzata successivamente all'eventuale istituzione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dell'avviso. L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 13 della citata legge tra i quali figura il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui il diritto di rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o accolti in termini non conforme alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti dell' ASP Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia.

Per eventuali ulteriori informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi all'Ufficio Personale dell'ASP Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia, tel 0382/381369-350. Il presente avviso non vincola in alcun modo l'amministrazione dell'ASP, che si riserva di esaminare le domande che perverranno e valutare la rispondenza alle esigenze dell'Ente; l' ASP si riserva inoltre , di revocare

o modificare il presente avviso, nonché di prorogare o riaprire il termine di scadenza ed anche di non dar corso alle procedure stesse. Gli interessati potranno consultare il sito internet www.asppavia.it.

Pavia, 6 aprile 2023

 IL DIRETTORE GENERALE
(Avv. Maurizio Natta)



FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO DI MOBILITÀ

Al Direttore Generale
Azienda di Servizi alla Persona
Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia
V.le Matteotti, 63
27100 Pavia

**DOMANDA DI AMMISSIONE
ALLA PROCEDURA DI MOBILITÀ VOLONTARIA
PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO PROFILO "AREA PROFESSIONISTI DELLA
SALUTE E DEI FUNZIONARI" DA ASSEGNARE PRESSO GLI UFFICI
AMMINISTRATIVI
AREA ECONOMICO FINANZIARIA – GESTIONE E TRATTAMENTO ECONOMICO
DEL PERSONALE E AREA AFFARI GENERALI**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla procedura di mobilità volontaria per la copertura del posto nel profilo:

.....
*A tal fine, **ai sensi degli artt. 46, 47 e 48 D.P.R. 28.12.2000 n. 445**e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000) nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera sotto la propria responsabilità*

DICHIARA

(compilare interamente la dichiarazione e barrare le caselle di interesse)

- di essere nato/a a:, il
- di essere residente a, Prov (____),
in via, n.;
- di essere in possesso della cittadinanza(specificare se italiana o di altro stato)
- di essere iscritto nelle liste del Comune di
(oppure indicare le motivazioni della non iscrizione o della cancellazione dalle liste)
.....
.....
- di essere dipendente di ruolo (a tempo indeterminato) dell'Amministrazione

-di.....;
- di essere inquadrato dal.....alla data di sottoscrizione della presente domanda nel profilo professionale.....
in categoria professionale..... (*posizione economica.....*)
con rapporto di lavoro: ☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale a n. ____ ore settimanali;
 - di svolgere la propria attività lavorativa nell'azienda di appartenenza presso la struttura e/o servizio di
.....;
 - ☐ di essere attualmente titolare dell'incarico di;
conferito dal al
 - ☐ di aver superato il periodo di prova nel profilo professionale di cui sopra;
 - ☐ di aver effettuato, nell'ultimo triennio, con riferimento alla data di pubblicazione del presente bando, le seguenti assenze per malattia (specificare dal al.....)
.....
.....;
 - di essere in possesso del seguente titolo di studio:
.....
rilasciato da (specificare Università/Ente)
in data con la seguente votazione :.....;
 - ☐ di essere fisicamente idoneo in relazione alle funzioni proprie del posto da ricoprire;
 - ☐ di non aver subito condanne penali e di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso che possano impedire il mantenimento del rapporto di impiego con la pubblica amministrazione; ai sensi delle vigenti norme in materia (*in caso contrario indicare le condanne riportate ed i procedimenti penali in corso*).....
.....
.....;
 - ☐ di non aver subito procedimenti disciplinari e di non aver procedimenti disciplinari in corso nell'ultimo biennio (con riferimento alla data di scadenza del presente bando);
 - ☐ di non avere subito l'irrogazione, in via definitiva, della sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione pari o superiore ai 10 giorni nell'ultimo biennio (con riferimento alla data di scadenza

del presente bando) (in caso affermativo specificare eventuali sanzioni riportate e/o procedimenti disciplinari in corso)

.....
.....

- ☐ di godere/non godere dei benefici di cui all'art. 33 L. 104/92;
- ☐ di godere/non godere dei benefici di cui all'art. 79 D.lgs. 267/2000,
- ☐ di essere/non essere stato assunto in forza della L. 68/99;
- ☐ di essere/non essere attualmente collocato in distacco sindacale a tempo pieno o parziale;
- ☐ di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli ai fini della preferenza e precedenza nelle nomine.....
.....;
- ☐ di aver prestato i seguenti servizi presso le P.A. con la precisazione della motivazione dell'eventuale cessazione
.....
.....;
- ☐ di richiedere il seguente ausilio per poter sostenere il colloquio in quanto riconosciuto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della L. 104/92
.....;
- di indicare i seguenti recapiti dove l'Azienda di Servizi alla Persona potrà indirizzare tutte le comunicazioni
Indirizzo (se diverso dalla residenza):
.....,
Telefono:.....e-mail.....,
e-mail certificata:;
- ☐ di aver letto l'informativa sulla privacy indicata nel bando dell'avviso in oggetto
- ☐ esprime il consenso, ai sensi del D. lgs n. 196/2003 e s.m.i., all'acquisizione e al trattamento, da parte dell'Azienda di Servizi alla Persona Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia (con sede legale in Viale Matteotti, 63, 27100 - Pavia), dei dati personali e/o sensibili necessari per l'instaurazione del rapporto di lavoro.

Allega alla presente:

- a) curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- b) dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante lo stato di servizio integrata con i dati stipendiali;
- c) fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

.....
(Luogo) (data)

In fede

(firma autografa per esteso non autenticata)

CURRICULUM AUTOCERTIFICAZIONE - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Allegato, parte integrante e sostanziale, alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità volontaria per la copertura di n. 1 posto nel profilo dell' "Area Professionisti della Salute e dei Funzionari" del Comparto Sanità.

Il sottoscritto/a
nato/a a il
residente a in via

- consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati,
- consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

di essere in possesso dei seguenti titoli:

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <u>TITOLI DI CARRIERA</u> | |
| Servizi esclusivamente svolti in qualità di dipendente di Enti del SSN o Case di cura private solo se convenzionate o accreditate ovvero in quantità di dipendente di altre Pubbliche Amministrazioni nel profilo messo a bando ovvero in profili corrispondenti o di livello immediatamente inferiore. Si precisa che il servizio prestato all'estero non può essere autocertificato, a meno che lo stesso risulti trascritto in pubblici registri in Italia. | |
| ➤ <i>Compilare il seguente schema per ciascun titolo di carriera che si vuole elencare</i> | |
| Azienda / Ente | |
| Indirizzo Azienda / Ente | |
| Profilo (qualifica) professionale ricoperto | |
| Data assunzione | |
| Data di cessazione (ovvero indicare se tuttora in corso) | |
| Causa di risoluzione del rapporto di lavoro | |
| n° ore settimanali (tempo pieno/part-time con relativa percentuale) | |
| Interruzioni (aspettative, sospensioni, ecc....) (*) | |

(*) Indicare se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79.

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <u>TITOLI DI CARRIERA</u> | |
| Servizi esclusivamente svolti in qualità di dipendente di Enti del SSN o Case di cura private solo se convenzionate o accreditate ovvero in quantità di dipendente di altre Pubbliche Amministrazioni nel profilo messo a bando ovvero in profili corrispondenti o di livello immediatamente inferiore. Si precisa che il servizio prestato all'estero non può essere autocertificato, a meno che lo stesso risulti trascritto in pubblici registri in Italia. | |
| ➤ <i>Compilare il seguente schema per ciascun titolo di carriera che si vuole elencare</i> | |
| Azienda / Ente | |
| Indirizzo Azienda / Ente | |
| Profilo (qualifica) professionale ricoperto | |
| Data assunzione | |
| Data di cessazione (ovvero indicare se tuttora in corso) | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------|--|
| Causa di risoluzione del rapporto di lavoro | |
| n° ore settimanali (tempo pieno/part-time con relativa percentuale) | |
| Interruzioni (aspettative, sospensioni, ecc....) (*) | |

(*) Indicare se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79.

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TITOLI DI STUDIO E TITOLI ACCADEMICI – Indicare i titoli di studio o accademici posseduti ➤ <i>Compilare il seguente schema per ciascun titolo di studio che si vuole elencare</i> |
| Diploma di conseguito presso in data |

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TITOLI DI STUDIO E TITOLI ACCADEMICI – Indicare i titoli di studio o accademici posseduti ➤ <i>Compilare il seguente schema per ciascun titolo di studio che si vuole elencare</i> |
| Diploma di conseguito presso in data |

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TITOLI DI STUDIO E TITOLI ACCADEMICI – Indicare i titoli di studio o accademici posseduti ➤ <i>Compilare il seguente schema per ciascun titolo di studio che si vuole elencare</i> |
| Diploma di conseguito presso in data |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE EVENTI FORMATIVI Inserire dettagliatamente l'elenco dei corsi formativi professionali o di aggiornamento attinenti, specificando se seguiti da esame finale, nonché corsi di lingua straniera o di informatica ➤ <i>Compilare il seguente schema per ciascun corso che si vuole elencare</i> | |
| Evento formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop) | |
| Titolo evento | |
| In qualità di (relatore/partecipante) | |
| Organizzato da (denominazione completa e indirizzo dell'ente/società organizzatrice) | |
| Sede evento | |
| Data svolgimento evento | |
| Per complessivi giorni per complessive ore | |
| Indicare n° crediti ECM (a fronte di verifica finale ECM) | |
| Specificare se <i>CON esame finale</i> (NON ECM) | |
| <input type="checkbox"/> Trattasi di attività svoltesi non presso Enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestazione riferita all'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. pagine e contrassegnata con il numero | |

| CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DOCENZE /ATTIVITÀ DIDATTICHE: | |
| ➤ <i>Compilare il seguente schema per ciascuna docenza/attività didattica che si vuole elencare</i> | |
| Tipo di docenza/attività didattica | |
| Titolo corso | |
| Organizzato da (denominazione completa e indirizzo dell'ente/società organizzatrice) | |
| Destinatari del corso | |
| In data (data svolgimento corso) | |
| Per complessivi giorni per complessive ore | |
| <input type="checkbox"/> Trattasi di attività svoltesi non presso Enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestazione riferita all'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. pagine e contrassegnata con il numero | |

| CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Altre attività professionali attinenti non indicate tra i titoli di carriera | |
| <i>Compilare il seguente schema per ciascuna attività che si vuole elencare.</i> | |
| Azienda / Ente | |
| Indirizzo Azienda / Ente | |
| Profilo (qualifica) ricoperto | |
| Data di inizio prestazione (dal.....) | |
| Data di fine prestazione (ovvero indicare se in corso) (al.....) | |
| Natura giuridica del contratto (°) | |
| n° ore settimanali (tempo pieno/part-time con relativa percentuale) | |
| Interruzioni (aspettative, sospensioni, ecc....) | |

(°) Indicare se dipendente, co.co.pro, co.co.co, di somministrazione lavoro, interinale, libero professionale, socio lavoratore, ecc.

Luogo e data.....,

Letto, confermato e sottoscritto **IL DICHIARANTE (firma)** _____

(N.B. ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ)