



**Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
GAETANO PINI**

Deliberazione n. <b>273</b>	del <b>15 GIU. 2015</b>	Atti 36/2015
-----------------------------	-------------------------	--------------

**Oggetto: Riapertura termini per l'istituzione di una borsa di studio a favore di un laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Ortopedia e Traumatologia finalizzata all'incremento dei sistemi di verifica sui requisiti di appropriatezza e congruenza delle prestazioni sanitarie erogate dall'Azienda Ospedaliera.**

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Richiamata** la deliberazione n. 125 del 31 marzo 2015 con la quale è stata indetta l'istituzione di una borsa di studio della durata di un anno a favore di un laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Ortopedia e Traumatologia finalizzata all'incremento dei sistemi di verifica sui requisiti di appropriatezza e congruenza delle prestazioni sanitarie erogate dall'Azienda Ospedaliera, da assegnare alla Direzione Medica di Presidio, nell'ambito delle funzioni svolte dal Nucleo Interno di Controllo, sotto la direzione della dott.ssa Paola Navone;

**verificato che** il bando in parola è stato affisso all'albo dal 31 marzo 2015 al 15 aprile 2015, ultimo giorno utile per la presentazione delle candidature;

**dato atto** che alla data di scadenza sono pervenute due candidature ritirate prima dell'espletamento del colloquio;

**ritenuto quindi** di riaprire i termini e di far scadere il bando in parola non prima di 15 giorni dalla data di affissione dello stesso;

**considerato che** tutte le condizioni e i requisiti richiesti, ad eccezione della scadenza che viene modificata, rimangono quelli indicati nel bando approvato con deliberazione n. 125 del 31 marzo 2015;

**dato atto** dei pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, acquisiti come in atti;

**delibera**

per le motivazioni indicate in premessa:



**Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
GAETANO PINI**

Deliberazione n. <b>273</b>	del <b>15 GIU. 2015</b>	Atti 36/2015
-----------------------------	-------------------------	--------------

- 1) di riaprire i termini di scadenza del bando approvato con deliberazione n. 125 del 31 marzo 2015 finalizzato per il conferimento di una borsa di studio della durata di un anno a favore di un laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Ortopedia e Traumatologia finalizzata all'incremento dei sistemi di verifica sui requisiti di appropriatezza e congruenza delle prestazioni sanitarie erogate dall'Azienda Ospedaliera, da assegnare alla Direzione Medica di Presidio, nell'ambito delle funzioni svolte dal Nucleo Interno di Controllo, sotto la direzione della dott.ssa Paola Navone;
- 2) di dare atto che tutte le condizioni e i requisiti richiesti, ad eccezione della scadenza che viene modificata, rimangono quelli indicati nel bando approvato con deliberazione n. 125 del 31 marzo 2015;
- 3) di dare pubblicità alla riapertura in parola mediante pubblicazione dell'avviso con il nuovo termine di scadenza sul sito aziendale nonché agli Albi dell'Azienda;
- 4) di dichiarare il presente atto non soggetto a controllo preventivo (art. 18, comma 7, L.R. n. 33/2009);
- 5) di disporre la pubblicazione della presente deliberazione, dando atto che la stessa è immediatamente esecutiva (art. 18, comma 9, L.R. n. 33/2009).

**IL DIRETTORE GENERALE**  
(dott. Amedeo Tropicano)

**CON I PARERI FAVOREVOLI DI COMPETENZA DEL**  
**DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
(dott. Renato Mahguti)

**DIRETTORE SANITARIO**  
(dott. Nunzio A. Buccino)

**S.C. Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali**

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento.

Responsabile del Procedimento: dott.ssa Sandra Di Simone

Referente di procedimento: dott.ssa Donatella Marsilio



**Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
GAETANO PINI**

Deliberazione n. <b>273</b>	del <b>15 GIU. 2015</b>	Atti 36/2015
-----------------------------	-------------------------	--------------

**RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE**

Si certifica che la presente deliberazione é pubblicata all'Albo Pretorio online di questa Azienda Ospedaliera, per rimanervi affissa per quindici giorni consecutivi.

Milano, li **15 GIU. 2015**

**S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI  
L'ASSISTENTE AMMINISTRATIVO**

**(Maria Cianchella)**

L'atto si compone di n. 19 (diciannove) facciate, di cui n. 16 (sedici) facciate di allegati parte integrante



# Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI

**AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE, MEDIANTE  
COMPARAZIONE DI CURRICULA, PER IL CONFERIMENTO DI  
UNA BORSA DI STUDIO AD UN LAUREATO IN MEDICINA E  
CHIRURGIA SPECIALIZZATO IN ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA. RIAPERTURA TERMINI**

**SCADENZA ORE 12.00 DEL GIORNO 30 GIU. 2015**

In esecuzione delle deliberazioni n. 125 del 31 marzo 2015 e n. 273  
del 15 GIU. 2015 - atti n. 36/2015 – viene istituita una borsa di studio  
della durata massima di un anno, per un impegno di 10 ore settimanali, per  
un compenso orario lordo di € 21,00 (euro ventuno), da assegnare ad un  
laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Ortopedia e Traumatologia  
finalizzata all'incremento dei sistemi di verifica sui requisiti di  
appropriatezza e congruenza delle prestazioni sanitarie erogate dall'Azienda  
Ospedaliera, da assegnare alla Direzione Medica di Presidio, nell'ambito  
delle funzioni svolte dal Nucleo Interno di Controllo.

Il contributo è nell'ordine di € 10.000,00 (euro diecimila/00) annui al lordo  
delle trattenute di legge ed eventuali ulteriori spese (copertura assicurativa).  
L'articolazione oraria e le modalità di studio e di ricerca verranno stabilite  
direttamente dal Dirigente Medico Responsabile della Direzione Medica di  
Presidio, dott.ssa Paola Navone; alla quale è affidata la gestione del rapporto  
scaturente dal presente avviso.

L'attività del borsista consiste esclusivamente nello svolgimento dei compiti  
direttamente ed immediatamente connessi alla attività propria della borsa di  
studio, con tassativa esclusione di ogni altra attività o intervento relativi alla  
attività istituzionale o comunque propri della Direzione Medica di Presidio e  
comunque dell'Azienda.

Gli interessati dovranno far pervenire all'Amministrazione domanda in carta  
libera indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Istituto



# Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI

Ortopedico Gaetano Pini – piazza Cardinal Ferrari, 1 – 20122 Milano entro  
il termine perentorio delle

ORE 12.00 DEL GIORNO 30 GIU. 2015

Le domande di partecipazione dovranno essere prodotte attraverso una delle  
seguenti modalità:

consegna a mano all'Ufficio Protocollo

spedizione con raccomandata con avviso di ricevimento A.R.

invio tramite PEC Aziendale

Per le domande presentate a mano presso l'Ufficio Protocollo dell'Azienda,  
con allegata fotocopia di un documento di identità, il termine per la  
consegna scade alle ore 12,00 del giorno di scadenza del bando.

Gli orari di apertura al pubblico dell'Ufficio Protocollo dell'Azienda sono:

da lunedì a venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00

L'ultimo giorno utile per la consegna delle domande, l'Ufficio Protocollo  
sarà aperto dalle ore 9,00 alle ore 12,00.

Si informa che le domande di ammissione non verranno in alcun modo  
controllate dall'Ufficio Protocollo o dalla S.C. Gestione delle Risorse  
Umane, considerato che nel presente bando vi sono tutte le indicazioni utili  
affinchè le domande vengano predisposte nel modo corretto.

In caso di spedizione attraverso il servizio postale la busta contenente la  
domanda di partecipazione all'avviso dovrà riportare perentoriamente la  
seguente dicitura: **"borsa di studio a favore di un laureato in Medicina e  
Chirurgia specializzato in Ortopedia e Traumatologia finalizzata  
all'incremento dei sistemi di verifica sui requisiti di appropriatezza e  
congruenza delle prestazioni sanitarie erogate dall'Azienda  
Ospedaliera"**.

Per le domande inviate tramite PEC, nel rispetto dei termini di cui sopra, la  
domanda va trasmessa utilizzando la casella di posta elettronica certificata



**all'incremento dei sistemi di verifica sui requisiti di appropriatezza e congruenza delle prestazioni sanitarie erogate dall'Azienda Ospedaliera".**

Per le domande inviate tramite PEC, nel rispetto dei termini di cui sopra, la domanda va trasmessa utilizzando la casella di posta elettronica certificata dell'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini di Milano: [bandieavvisi@pec.gpini.it](mailto:bandieavvisi@pec.gpini.it).

Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinato all'utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata personale.

Non sarà ritenuto valido l'invio della domanda da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC aziendale ovvero da casella di posta PEC non personale.

Si precisa che nel caso in cui il candidato scelga di presentare la domanda tramite PEC, come sopra descritto, il termine ultimo di invio da parte dello stesso, a pena di esclusione, resta comunque fissato entro le ore 12,00 del giorno di scadenza del bando.

L'invio della domanda di partecipazione mediante PEC equivale automaticamente ad elezione di domicilio informatico per eventuali future comunicazioni da parte dell'Azienda nei confronti del candidato ( art. 3 del DPCM 6 maggio 2009); l'indirizzo PEC diventa il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'Azienda Istituto Ortopedico Gaetano Pini.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio e non si terrà conto delle domande, documenti, pubblicazioni e titoli, compresi quelli che conferiscono diritti di precedenza o di preferenza nell'assunzione che saranno inoltrati, qualunque ne sia la causa, dopo il termine di scadenza dell'avviso; la eventuale riserva di invio successivo dei documenti è priva di effetto.



# Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI

Alla domanda dovrà essere allegato un curriculum vitae datato e firmato, autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e, per le autocertificazioni, fotocopia di un documento di identità in corso di validità. Nella domanda – sottoscritta in calce – i candidati dovranno dichiarare sotto la propria personale responsabilità:

- 1) cognome e nome;
- 2) data e luogo di nascita;
- 3) residenza;
- 4) cittadinanza italiana ( o di uno dei Paesi dell'UE);
- 5) domicilio e numero telefonico;
- 6) titolo di studio posseduto;
- 7) specializzazione in reumatologia;
- 8) iscrizione all'albo dei medici e chirurghi;
- 9) eventuali carichi penali pendenti e/o sentenze di condanna passate in giudicato,
- 10) pieno godimento dei diritti civili e politici.

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione alla selezione.

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 5 comma 9 del Decreto Legge del 6.07.2012 n. 95, convertito, con modificazioni, con legge 7 agosto 2012, n. 135, così come integrato dall'art. 6 del D.Lgs 24 giugno 2014 n. 90 convertito con L. 11 agosto 2014 n. 114 non saranno ammessi alle presente procedura i soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza.

Il conferimento e l'espletamento delle attività della borsa di studio è incompatibile con la titolarità di altra borsa di studio, da chiunque conferita, o con l'esistenza di un rapporto di lavoro, a tempo indeterminato o determinato o parasubordinato o di libera professione, presso Enti pubblici o



privati la cui attività comporti un conflitto di interesse con la specifica attività formativa svolta dal borsista.

La compatibilità è valutata dalla dott.ssa Paola Navone - Direttore della Direzione Medica di Presidio, di questa Azienda.

La presentazione della domanda di partecipazione costituisce autorizzazione al trattamento dei dati nella medesima indicati, per le finalità di gestione della procedura, ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196.

La presentazione della domanda può essere effettuata con le seguenti modalità:

- a) sottoscrizione a cura dell'interessato apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica;
- b) presentazione, anche tramite terza persona all'uopo delegata e munita di valido documento di riconoscimento, o mediante servizio postale, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

A corredo della domanda i candidati dovranno produrre:

- 1) dichiarazione sostitutiva di certificazione comprovante i requisiti richiesti per l'ammissione (art. 46 DPR 445/2000);
- 2) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà comprovante i servizi di carriera (art. 47 DPR 445/2000);
- 3) dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 DPR 445/2000) comprovante tutti quei titoli che il candidato riterrà opportuno dichiarare agli effetti della valutazione di merito (es. attestati di partecipazione a corsi e convegni);
- 4) eventuali pubblicazioni editate a stampa, in originale o corredate dalla dichiarazione di conformità all'originale prevista dall'art. 19 del DPR 445/2000;



- Prima di iniziare l'attività oggetto del presente avviso, il vincitore sarà tenuto a presentare certificazione attestante la copertura assicurativa.



# Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI

Per quanto riguarda la responsabilità civile per eventuali danni cagionati a terzi nell'ambito dell'attività svolta dal borsista, lo stesso è tenuto a stipulare idonea polizza assicurativa che tenga indenne l'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini da ogni eventuale responsabilità civile e professionale. Per quanto riguarda il rischio infortuni e le malattie professionali il titolare della borsa di studio deve stipulare un'adeguata polizza di assicurazione. Ai sensi della normativa vigente non è prevista alcuna forma di tutela legale a favore del borsista conseguente all'attività dello stesso svolta.

Il vincitore della borsa di studio sarà tenuto a svolgere l'attività di ricerca e di studio che verrà stabilita dal Direttore Medico di Presidio dott.ssa Paola Navone, secondo le modalità dalla stessa fissate e da rilevarsi sempre da parte del responsabile stesso.

La mancata frequenza e/o lo scarso profitto determineranno la revoca della borsa di studio.

Milano, 15 GIU. 2015

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Amedeo Tropicano)

**Fac-simile della DOMANDA da ricopiare su foglio in carta semplice con firma non autenticata (ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), valevole come DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445**

Al Direttore Generale  
Dell'Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
Gaetano Pini  
Piazza Cardinal Ferrari 1  
20122 MILANO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per titoli e colloquio per il conferimento di una borsa di studio ad un laureato in medicina e chirurgia specializzato in ortopedia e traumatologia, così come previsto nell'avviso approvato con deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste (art. 76 DPR 445/00) nel caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti in virtù di un provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,

**DICHIARA**

Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

E residente in Via \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_

domiciliato in Via \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_

(indicare il domicilio solo se è diverso dalla residenza)

1. di essere in possesso della cittadinanza: (barrare la casella che interessa)

☐ ITALIANA (o equivalente)

☐ STATO MEMBRO DELL'UNIONE EUROPEA \_\_\_\_\_

☐ ALTRO \_\_\_\_\_

(indicare il nome dello Stato)

2. di: (barrare la casella che interessa)

☐ essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_

☐ non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

☐ essere cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

3. di: (barrare la casella che interessa)

☐ non avere mai riportato condanne penali \_\_\_\_\_

☐ non avere procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_

☐ di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_

☐ di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_

4. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione o dichiarato decaduto, ovvero licenziato a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo contratto collettivo nazionale di lavoro;

5. di: (barrare la casella che interessa)

☐ non aver mai avuto procedimenti disciplinari

☐ di avere i seguenti procedimenti disciplinari pendenti \_\_\_\_\_

☐ di aver subito i seguenti procedimenti disciplinari (indicare anche l'esito)

6. di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_

(indicare l'esatta denominazione del titolo di studio –requisito di ammissione, per i titoli di studio conseguiti all'estero

indicare gli estremi del Decreto di equipollenza)

Conseguito il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(indicare l'esatta denominazione dell'istituto e il luogo ove ha sede)  
con votazione \_\_\_\_\_;

7. di essere in possesso della seguente specializzazione \_\_\_\_\_

(indicare l'esatta denominazione della specializzazione indicando gli estremi del Decreto – requisito di ammissione, per

i titoli di studio conseguiti all'estero indicare gli estremi del Decreto di equipollenza)

Conseguita il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(indicare l'esatta denominazione dell'istituto e il luogo ove ha sede)  
con votazione \_\_\_\_\_;

7. di aver prestato servizio alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni con contratto di lavoro a  
tempo \_\_\_\_\_ indeterminato/determinato \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ qualità \_\_\_\_\_ di  
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(indicare denominazione e sede dell'A.O.)  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

8. di (barrare la casella che interessa - per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31.12.1985)

☐ aver assolto gli obblighi militari

☐ essere nella seguente posizione

10. che il proprio codice fiscale è \_\_\_\_\_

11. di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento e l'utilizzo dei dati personali contenuta nell'art.13 del bando della presente procedura di selezione e di acconsentire al trattamento degli stessi nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs. n. 196/03;

12. di necessitare ai sensi della L. 104/92 e della L.68/99 del seguente ausilio e/o di tempi aggiuntivi necessari, per lo svolgimento del colloquio in quanto portatore di handicap;

13. di aver preso visione del testo integrale del bando di selezione e di accettare senza riserve tutte le condizioni in esso contenute;

14. che n. \_\_\_\_\_ fotocopie dei documenti allegati alla presente domanda sono conformi agli originali;

15. che le comunicazioni relative alla presente procedura di selezione siano effettuate al seguente recapito:

Destinatario \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Telefoni \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

e SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente e per iscritto eventuali successive variazioni di indirizzo esonerando questa Amministrazione da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Firma (leggibile)

(sottoscrizione NON SOGGETTA ad autenticazione ai sensi dell'art. 39 DPR 445/00)

**(La mancata sottoscrizione comporta l'esclusione della domanda dalla presente procedura di selezione)**

Fac-simile curriculum

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico Gaetano Pini

Il/La sottoscritto/a	cognome	nome
----------------------	---------	------

nato il		a		prov.	
---------	--	---	--	-------	--

CODICE FISCALE:																			
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, e consapevole che ai sensi dell'art.46 del medesimo decreto l'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

di	essere	in	possesso	del	diploma	di	Laurea	in
					conseguito			
data.....								
presso l'Università degli Studi di .....								
Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia								
Riconoscimento a cura del .....in data .....								
<b>(duplicare il riquadro in caso di necessità)</b>								

<b>di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di.....</b>	
dal.....	n° di iscrizione.....

<b>di essere i possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b>	
1)Disciplina: .....	
conseguita in data.....presso l'Università	
di.....	
ai sensi del DLgs 257/1991 <input type="checkbox"/> DLgs 368/1999 <input type="checkbox"/> durata anni .....	
2)Disciplina: .....	
conseguita in data.....presso l'Università	
di.....	
ai sensi del DLgs 257/1991 <input type="checkbox"/> DLgs 368/1999 <input type="checkbox"/> durata anni .....	
Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia	
Riconoscimento a cura del.....in data.....	

Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture ove è stata svolta l'attività
.....
.....

.....

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime

.....

.....

**di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:**

profilo professionale ..... disciplina .....

dal ..... al .....

dal ..... al .....

dal ..... al .....

con interruzione dal servizio (*ad es. per aspettative, congedi, senza assegni*)

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto .....

con rapporto

☐ determinato

☐ indeterminato

☐ a tempo pieno

con impegno ridotto, ore ..... settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) .....

di ..... - via ..... n. ....

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato .....

**(duplicare il riquadro ad ogni variazione)**

**di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN**

nella branca di .....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore .....

dal ..... al .....

con impegno settimanale pari a ore .....

dal ..... al .....

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) ..... di

(prov. ...) - via ..... , n. ....

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato .....

**(duplicare il riquadro ad ogni variazione)**

**di avere prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo** (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale)

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) .....

..... di

(prov. ...) - via ..... , n. ....

profilo/mansione/progetto .....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore .....

motivo interruzione o cause risoluzione .....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore .....

motivo interruzione o cause risoluzione .....

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato .....

**(duplicare il riquadro ad ogni variazione)**

**Competenze del candidato** con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzione di direzione (ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa...)

tipologia di incarico .....

dal ..... al ..... .....

presso .....

descrizione attività svolta .....

**(duplicare il riquadro ad ogni variazione)**

### **Soggiorni di studio/addestramento**

(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)

Presso ..... di

..... (prov. ....) – via ..... n .....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore .....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore .....

**(duplicare il riquadro ad ogni variazione)**

**di aver svolto attività didattica** (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario – esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi)

presso ..... nell'ambito del

Corso di .....

insegnamento ..... a.a. ....

ore docenza ..... (specificare se complessive o settimanali)

**(duplicare il riquadro ad ogni variazione)**

### **di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale**

dal ..... al .....

presso .....

contenuti del corso .....

dal ..... al .....

presso .....

contenuti del corso .....

dal ..... al .....

presso .....

contenuti del corso.....

Di aver partecipato quale **UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati

All'estero (secondo i criteri stabiliti dall'art. 9 del DPR 484/1997):

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato in qualità di **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi anche effettuati

All'estero (secondo i criteri stabiliti dall'art. 9 del DPR 484/1997):

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici – riferiti all'ultimo decennio – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione) che vengono allegati alla domanda in originale o in copia corredata da

dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà che ne attesti la conformità all'originale.

- 1 - .....
- 2 - .....
- 3 - .....

(duplicare le righe se insufficienti)

di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

- 1 - .....
- 2 - .....

3 - .....  
.....  
.....

**(duplicare le righe se insufficienti)**

**Altre attività**

.....  
.....  
.....

**(duplicare le righe se insufficienti)**

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e allega copia di documento di identità (carta d'identità o passaporto) in corso di validità. Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/La dichiarante  
\_\_\_\_\_

www.AlboPreparatoriOnline.it