**ALLEGATO n. 1**

**FAC-SIMILE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE**

Al Commissario Straordinario

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello

Viale Strasburgo, 233

90146 – Palermo

\_\_l\_\_sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.di……..), Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso a partecipare all’avviso pubblico, per il conferimento dell’incarico di Direzione della Struttura Complessa a Direzione Universitaria di **Medicina Interna II – P.O. Cervello** ai sensi dell’art. 15, comma 7-*bis*, lett. c) e d), del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e dell’art. 9 comma 6 del Protocollo d’intesa ex art.1 D.Lgs. n. 517/99 tra la Regione Siciliana e l’Università degli Studi di Palermo, come da Avviso pubblicato per estratto nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana - serie speciale concorsi n. 13 del 29/09/2023 ed integralmente sul sito aziendale il 30/09/2023.

***A tale scopo, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall’art. 76 D.P.R. n. 445/2000, e che, ai sensi dell’art. 75 del citato decreto, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità***

***dichiara:***

1. cognome e nome
2. di essere nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov. di \_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero, precisare il requisito sostitutivo);
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_) (ovvero precisare il motivo della non iscrizione o cancellazione);
6. le eventuali condanne penali riportate, ovvero di non aver riportato condanne penali;
7. di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
8. di essere in possesso della specializzazione nella disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
9. di essere iscritto all’Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
10. di essere *docente Ordinario* oppure di essere *docente Associato* afferente al Settore Scientifico Disciplinare di riferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso l’Università degli studi di Palermo;
11. di essere in possesso dell’anzianità di servizio di anni\_\_\_\_\_\_\_ maturata nella disciplina di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel profilo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come richiesto all'art 2 lettera b) “Requisiti per l'ammissione” dell'avviso di selezione, e precisamente di aver svolto i seguenti servizi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
12. di allegare alla presente istanza il **curriculum**, ai sensi dell’art.8 del D.P.R. n.484/97, come richiesto al punto 2) del bando di concorso, lettera c) “Requisiti per l'ammissione”;
13. di essere in possesso dell’attestato di formazione manageriale indicato al punto 2) del bando di concorso, lettera d) “Requisiti per l'ammissione” (indicare anno, sede e luogo di conseguimento) ovvero di essere in possesso di altro titolo dichiarato equipollente, con Decreto dei Ministri della sanità e dell’università e della ricerca scientifica e tecnologica, ovvero di non esserne in possesso ma si impegna ad acquisirlo nel primo corso utile (cancellare la voce che non interessa);
14. di aver prestato attività lavorativa alle dipendenze della seguente Pubblica Amministrazione come risulta dalla dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegata ovvero di non aver prestato attività lavorativa presso Pubbliche Amministrazioni (cancellare l’ipotesi che non interessa):  
    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
15. di aver maturato un'anzianità universitaria nella qualità di Ricercatore Universitario e/o Professore Associato e/o Professore Ordinario, a tempo pieno e/o a tempo definito come risulta dalla dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegata;
16. di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso pubbliche amministrazioni per avere conseguito, lo stesso, mediante la produzione di documenti falsi o viziati da nullità insanabile;
17. di autorizzare l’Azienda al trattamento dei dati personali, ai sensi dell’art. 13 D.lgs 196 del 30 giugno 2003 e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, per l’espletamento della procedura selettiva, ivi compresa la pubblicazione sul sito aziendale dei verbali e degli esiti della valutazione della Commissione di valutazione, come da formale autorizzazione allegata alla presente istanza così come previsto dall’art. 7 dell'avviso
18. di aver preso visione di tutte le informazioni contenute bando;

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma leggibile per esteso)

N.B. (Allegare fotocopia del documento di identità personale in corso di validità)

**ALLEGATO 2**

**FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

(ad esempio: stato di famiglia, iscrizione albo professionale, possesso di titolo di studio, di specializzazione, ecc.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_.\_\_.\_\_e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ - C.A.P. \_\_\_\_\_ , codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

***consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall’art. 76 D.P.R. n. 445/2000, e che, ai sensi dell’art. 75 del citato decreto, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità:***

**DICHIARA**

**Di essere in possesso del seguente titolo di studio**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

con la seguente votazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

**Di essere in possesso del seguente titolo di Specializzazione**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

con la seguente votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Di essere iscritto all’Ordine dei Medici di**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Altro:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Preso atto dell'informativa, inserita nel bando di selezione a cui il sottoscritto partecipa e per la quale questa dichiarazione è resa, autorizzo il trattamento dei dati personali sopra riportati, ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma leggibile per esteso)

N.B. (Allegare fotocopia del documento di identità personale in corso di validità)

**ALLEGATO n. 3**

**FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

**(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

Per tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nell’elenco di cui all’art.46 del D.P.R.n.445/2000 (es. attività di servizio, borse di studio, incarichi libero professionali, frequenza corsi di formazione, di aggiornamento, docenze ecc.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_.\_\_.\_\_e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ - C.A.P. \_\_\_\_\_ , codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

***consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall’art. 76 D.P.R. n. 445/2000, e che, ai sensi dell’art. 75 del citato decreto, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità:***

**DICHIARA**

**Di prestare o aver prestato attività professionale con rapporto di lavoro subordinato** **presso P.A**. (in caso di più servizi utilizzare più moduli) presso:

Azienda/Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Profilo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; disciplina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

dal (gg.mm.aa. di inizio)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(gg.mm.aa. di fine oppure a tutt’oggi) (indicare causa di cessazione);

con rapporto di lavoro a tempo determinato/indeterminato (cancellare l’ipotesi che non interessa);

tipologia tempo pieno/parziale \_\_\_ % per ore \_\_\_\_\_\_\_settimanali;

incarico dirigenziale (indicare se S.C., S.S.D., S.S., Alta Professionalità o Professionale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

eventuali periodi di interruzione del servizio (aspettative, ecc.);

che ricorrono/non ricorrono le condizioni di cui all’ultimo comma dell’art. 46 del DPR 761/79 (in caso positivo specificare la misura della riduzione).

**Di prestare o aver prestato attività professionale con rapporto di lavoro subordinato** **presso Case di Cura Private convenzionate o accreditate** (in caso di più servizi utilizzare più moduli) presso:

Denominazione struttura sanitaria privata convenzionata/accreditata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Profilo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; disciplina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

dal (gg.mm.aa. di inizio)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(gg.mm.aa. di fine oppure a tutt’oggi) (indicare causa di cessazione)

con rapporto di lavoro a tempo determinato/indeterminato (cancellare l’ipotesi che non interessa);

tipologia tempo pieno/parziale \_\_ % per ore \_\_\_\_\_\_\_settimanali;

eventuali periodi di interruzione del servizio (aspettative, ecc.)

**Di aver svolto le seguenti attività in regime di lavoro autonomo (**in caso di più attività utilizzare più moduli) presso **:**

Azienda/Ente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indirizzo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

disciplina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

tipologia (libero professionale, autonomo, collaborazione, borsa di studio, interinale, a progetto, ecc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n.\_\_\_\_\_ ore settimanali\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

oggetto del contratto/progetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e apporto del candidato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Di aver maturato la seguente anzianità universitaria nella qualità di Ricercatore Universitario, Professore Associato, Professore Ordinario, a tempo pieno e/o a tempo definito :**

Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - **Ricercatore Universitario**

periodo: dal\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ tipo di rapporto *a tempo pieno o a tempo definito*

Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - **Professore Associato**

periodo: dal\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ tipo di rapporto *a tempo pieno o a tempo definito*

Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - **Professore Ordinario**

periodo: dal\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ tipo di rapporto *a tempo pieno o a tempo definito*

**Di aver svolto i seguenti incarichi di insegnamento specifici conferiti da Enti Pubblici rispetto al posto da ricoprire** (in caso di più incarichi utilizzare più moduli)**:**

Azienda/Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indirizzo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Corso di studio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Materia di insegnamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

anno accademico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Di aver partecipato al corso di aggiornamento/convegno**(in caso di più corsi utilizzare più moduli)**:**

(indicare in titolo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (relatore o partecipante);

organizzato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ente/società organizzatrice e relativa sede);

effettuato presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (sede corso o convegno);

in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(data svolgimento corso) per complessive ore \_\_\_\_\_\_;

Preso atto dell'informativa, inserita nel bando di selezione a cui il sottoscritto partecipa e per la quale questa dichiarazione è resa, autorizzo il trattamento dei dati personali sopra riportati, ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma leggibile per esteso)

N.B. (Allegare fotocopia del documento di identità personale in corso di validità)

**ALLEGATO n. 4**

**FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA’**

**(Artt. 19 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

( CONFORMITA’ DI COPIE AGLI ORIGINALI)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_.\_\_.\_\_e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ - C.A.P. \_\_\_\_\_ , codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

***consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall’art. 76 D.P.R. n. 445/2000, e che, ai sensi dell’art. 75 del citato decreto, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità:***

DICHIARA

Che le fotocopie dei documenti **sotto elencati**, allegati alla presente domanda, sono conformi all’originale in suo possesso:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Preso atto dell'informativa, inserita nel bando di selezione a cui il sottoscritto partecipa e per la quale questa dichiarazione è resa, autorizzo il trattamento dei dati personali sopra riportati, ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma leggibile per esteso)

N.B. (Allegare fotocopia del documento di identità personale in corso di validità)

**ALLEGATO 5**

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

*Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 il sottoscritto dichiara quanto segue:*

***Dati Personali:***

*Cognome e Nome, Data di nascita, Indirizzo (residenza), Indirizzo (domicilio),Telefono, PEC, Nazionalità.*

***Titoli accademici e di studio :***

*Elencare separatamente ciascun titolo accademico conseguito evidenziando per ognuno l’Ente e l’anno di conseguimento (lauree,specializzazioni, dottorati, master, corsi di perfezionamento).*

***Tipologia delle istituzioni e tipologia delle prestazioni erogate***

*Elencare: a) la tipologia delle istituzioni in cui il candidato ha svolto la sua attività; b) la tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime. Il candidato in alternativa all’autodichiarazione può allegare attestazione rilasciata dall’Azienda presso la quale la suddetta attività è stata svolta.*

***Esperienze lavorative****:*E*lencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto evidenziando per ognuno: nome e indirizzo dell’Azienda / Ente (specificare se pubblica o privata o accreditata con SSN); periodo lavorativo (da gg.mm.aa. – a gg.mm.aa.)con la specifica di eventuali interruzioni del rapporto di lavoro;qualifica ricoperta e tipologia del rapporto di lavoro (lavoro subordinato, incarico libero prof.le ecc.); principali mansioni e responsabilità (specificare l’attribuzione di eventuali incarichi manageriali: direzione di moduli organizzativi, strutture semplici, strutture complesse e la normativa di riferimento).*

***Soggiorni di studio o di addestramento professionale :***

E*lencare le singole attività attinenti la disciplina effettuate in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a tre mesi con esclusione dei tirocinii obbligatori precisando struttura, attività svolta, periodo (da gg.mm.aa. – a gg.mm.aa.).*

***Attività didattica*** :E*lencare le singole attività didattiche presso corsi di studio per il conseguimento del diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione dell’anno accademico, della materia e delle ore annue di insegnamento.*

***Corsi, congressi, convegni e seminari* :**

E*lencare le singole partecipazioni a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all’estero, purché abbiano in tutto o in parte, finalità di formazione e di aggiornamento professionale e di avanzamento di ricerca scientifica, nonché alla pregresse idoneità nazionali. Indicare per ogni evento il titolo, la durata, con /senza esame finale. Evidenziare la partecipazione in qualità di docente o relatore.*

***Produzione scientifica :*** E*lencare le singole pubblicazioni edite a stampa indicando per ognuna titolo, autori, rivista scientifica. Ai sensi dell’art. 8 – comma 5 – i singoli lavori devono essere allegati alla domanda in originale o in fotocopia con dichiarazione di conformità all’originale (allegare elenco numerato progressivamente in relazione alla corrispondente pubblicazione).*

***Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate:***

*Concerne l’attività/casistica misurabile in termine di volume e complessità riferita al decennio precedente alla data di pubblicazione dell’avviso sulla Gazzetta. Ai sensi dell’art. 8 comma 5 del DPR n. 484/97 tale attività non può essere auto dichiarata ma deve essere certificata dal Direttore Sanitario sulla base dell’attestazione del Direttore Responsabile del competente Dipartimento o Struttura Complessa dell’Azienda in cui il candidato ha prestato servizio. La presentazione di casistica operatoria deve fare riferimento al registro operatorio da cui risulti il tipo di intervento ed il grado di partecipazione del candidato.*

***Attività di ricerca:***

E*lencare le singole attività di ricerca pertinenti svolte.*

***Capacità e competenze personali , capacità e competenze organizzative, relazionali, tecniche, manageriali :***

*Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.*

***Parametri universitari:***

*Ruolo universitario ricoperto alla data di presentazione della domanda di partecipazione;*

*Anzianità universitaria complessiva in regime di tempo pieno e/o di tempo definito nella qualità di Ricercatore Universitario, Professore Associato o Professore Ordinario.*

***Ulteriori informazioni:***

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

*Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Firma leggibile per esteso)*

*Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ( art. 75 D.P.R. 445/2000).*

*E' informato ed autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini dell’espletamento della procedura selettiva e per l’eventuale conferimento dell'incarico.*

*Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Firma leggibile per esteso)*

N.B. (Allegare fotocopia del documento di identità personale in corso di validità)

**ALLEGATO 6**

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**(art. 13 Dlgs 196 del 30/06/2003 – D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018 ed art. 13 GDPR - Regolamento UE 2016/679)**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………, nato/a a ………………………. , prov. …….. il……………….., e residente in …………………..……, prov……………, Via …………………………N………, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi per gli effetti del D.P.R. n.. 445 del 28/12/2000, in qualità di partecipante alla selezione pubblica, **per il conferimento dell’incarico di Direttore della Struttura Complessa a Direzione Universitaria di Medicina Interna II – P.O. Cervello ai sensi dell’art. 15, comma 7-*bis*, lett. c) e d), del D.Lgs. n. 502/92** indetta con deliberazione n. 1548 del 05/09/2023 dell’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo con sede legale in Viale Strasburgo, 233 Palermo;

**AUTORIZZA**

L’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018 in conformità al Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.), così come previsto dall’art. 7 dell’avviso pubblico, ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, per l’espletamento della procedura selettiva, ivi compresa la pubblicazione sul sito aziendale dei verbali e degli esiti della valutazione della Commissione esaminatrice esonerando la stessa da qualsiasi responsabilità.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma ( leggibile)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( Si allega alla presente dichiarazione fotocopia valido documento d’identità)