**ALLEGATO A**

MODELLO DA UTILIZZARE ESCLUSIVAMENTE PER INVIO CARTACEO/CD/CHIAVETTA USB DELLE PUBBLICAZIONI **qualora non sia possibile allegarle alla domanda online**.

**AL DIRETTORE GENERALE**

**ESTAR - Ufficio Concorsi**

**Sezione Territoriale Nord Ovest**

**Via di San Salvi 12 Palazzina 14**

**50135 Firenze**

Il sottoscritto COGNOME……………………………. NOME ….……………...………………….

Codice fiscale ………………………………………………………………………………………

a corredo della domanda di partecipazione alla selezione pubblica per il conferimento di n. 1 incarico della durata di cinque anni rinnovabile, a tempo determinato e con rapporto esclusivo, ad un **Dirigente Medico nella disciplina di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (Area di Sanità Pubblica) per la direzione della Struttura Complessa “Governo Clinico” dell’Azienda Usl Toscana Nord Ovest (074/2024/sc)** , presentata on line, invia le pubblicazioni di cui all’elenco allegato.

La ricevuta della raccomandata/pacco/corriere relativa al presente invio verrà allegata alla domanda online.

Distinti saluti

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA ………………………………………………

Allegati:

* 1. Elenco numerato delle pubblicazioni (da allegare anche alla domanda online)
  2. N. \_\_\_\_\_ pubblicazioni (numerate con la stessa numerazione indicata al punto 1)

**N.B. NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE EVENTUALI DOMANDE DI PARTECIPAZIONE INVIATE IN MODALITA’ CARTACEA**

**ALLEGATO B**

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

**FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. 445/2000**

**(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’)**

(ad uso della commissione)

Il sottoscritto ….…………………….………………………………… …..……………………,

nato a …………………………………..…………………………… il ……..……………………, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

I seguenti stati, fatti e qualità personali:

Laurea in ……………………………………………………………………………………………

conseguita presso ………..……………………………………….. ………………………………

voto ……………………….. in data …………….……… ……………..

Specializzazione in ……………………………………………………………………………

conseguita presso ………..……………………………………….. ……………………………

in data …………….……… …………………. …………………

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario) ……………………………………………

conseguito presso ………..……………………………………….. …………………………

in data …………….……… …………………………………….

Iscrizione all’albo dell’ordine dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di ………………… n. posizione …………….. decorrenza iscrizione ……………………………………………….…

**Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture dove è stata svolta l’attività**:

**Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime**

**Posizione funzionale del candidato nelle strutture**

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione): ………………………………………………………

Tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato): ………………………

Dal (gg/mm/aaaa) …………………………. al (gg/mm/aaaa) …………………………….

Posizione funzionale e disciplina (indicare esatta denominazione, disciplina/settore scientifico-disciplinare in caso di servizio presso Università e tipologia del rapporto in caso di co co co e/o prestazione d’opera): ………………………………………………………………………...

A tempo indeterminato / a tempo determinato (cancellare l’ipotesi che non interessa)

A tempo pieno / a tempo definito ovvero impegno orario ridotto (indicare n. ore settimanali o percentuale): …………..

Ricorrono / non ricorrono (cancellare l’ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le condizioni di cui all’art. 46 ultimo comma D.P.R. 761/1979

**Competenze del candidato con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione**

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione): ……………………………………………………

Tipologia di incarico (barrare la voce che interessa):

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPOLOGIA incarico**  **(*Nel caso in cui la tipologia di incarico abbia una denominazione diversa aggiungere o sostituire una riga)*** | **DATA INIZIO**  **DATA FINE**  **DENOMINAZIONE INCARICO** |
| Incarico di direzione di struttura complessa | *Data inizio \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Data fine \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Azienda che ha conferito l’incarico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Eventuale atto di conferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Denominazione incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale | *Data inizio \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Data fine \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Azienda che ha conferito l’incarico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Eventuale atto di conferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Denominazione incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Incarico di direzione di struttura semplice | *Data inizio \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Data fine \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Azienda che ha conferito l’incarico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Eventuale atto di conferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Denominazione incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Incarico professionale di altissima professionalità | *Data inizio \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Data fine \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Azienda che ha conferito l’incarico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Eventuale atto di conferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Denominazione incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Incarico professionale di alta specializzazione | *Data inizio \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Data fine \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Azienda che ha conferito l’incarico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Eventuale atto di conferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Denominazione incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo | *Data inizio \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Data fine \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Azienda che ha conferito l’incarico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Eventuale atto di conferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Denominazione incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Incarico professionale iniziale | *Data inizio \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Data fine \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Azienda che ha conferito l’incarico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Eventuale atto di conferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Denominazione incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

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

Struttura: ……………………………………………………………………………………………

Dal (gg/mm/aaaa) …………………………. al (gg/mm/aaaa) …………………………….

Attività svolte: ………………………………………………………………………………………

**Attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, laurea o specializzazione, ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario):**

Corso ………………………………………………………………………………………....................

Materia di insegnamento: ..........................………………………………………………………………

Struttura …....................................................................................................……….........................

Anno accademico ……………………………………..……… Ore annue di insegnamento/ore totali

docenza n. ………………………

**Partecipazione a corsi, congressi, convegni, e seminari anche effettuati all’estero, nonché le pregresse idoneità nazionali**

Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, etc:

Titolo del Corso ………………………………………………………………………………………..

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento…......................................................................................

Data/e di svolgimento……………………………………..……… Ore complessive n. …………

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ..........................……………………………………………………………………...

Pregresse idoneità Nazionali:

disciplina ………………………………………………………………………………………..

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento…......................................................................................

Data/e di svolgimento……………………………………..……… Votazione. …………

**Produzione scientifica, strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell’accettazione dei lavori, nonché il suo impatto sulla comunità scientifica:**

Pubblicazioni /abstract / poster / altro presentate (indicare se originale, copia conforme o altro):

Titolo: ………………………………………………………………………………………………

Autori …………………………………………………………………………………………………

Rivista scientifica / altro ……………………………………………………………………………

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

Il sottoscritto dichiara inoltre che le copie delle pubblicazioni eventualmente allegate sono conformi agli originali in suo possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nel presente curriculum corrisponde al vero.

Luogo e data ……………………………………

FIRMA

………………………………………

**ALLEGATO C**

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

**FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. 445/2000**

**(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’)**

(da pubblicare sul sito internet)

*Nota per la compilazione (****riquadro da ELIMINARE PRIMA DI INVIARE****):*

*IL PRESENTE CURRICULUM SARA’ PUBBLICATO SUL SITO INTERNET DI ESTAR E/O SUL SITO INTERNET DELL’AZIENDA CHE PROCEDE AL CONFERIMENTO DELL’INCARICO, PERTANTO DOVRA’ AVERE LE SEGUENTI CARATTERISTICHE:*

*- File in Formato aperto (.docx, .pdf aperto)*

*- Informazioni identiche a quelle del curriculum di cui all’allegato B*

*- Nessuna firma autografa*

*- Nessun dato personale e/o sensibile non pubblicabile*

Il sottoscritto ….…………………….………………………………… …..……………………,

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

I seguenti stati, fatti e qualità personali:

Laurea in ……………………………………………………………………………………………

conseguita presso ………..……………………………………….. ………………………………

voto ……………………….. in data …………….……… ……………..

Specializzazione in ……………………………………………………………………………

conseguita presso ………..……………………………………….. ……………………………

in data …………….……… …………………. …………………

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario) ……………………………………………

conseguito presso ………..……………………………………….. …………………………

in data …………….……… …………………………………….

Iscrizione all’albo dell’ordine dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di ………………… n. posizione …………….. decorrenza iscrizione ……………………………………………….…

**Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture dove è stata svolta l’attività**:

**Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime**

**Posizione funzionale del candidato nelle strutture**

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione): ………………………………………………………

Tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato): ………………………

Dal (gg/mm/aaaa) …………………………. al (gg/mm/aaaa) …………………………….

Posizione funzionale e disciplina (indicare esatta denominazione, disciplina/settore scientifico-disciplinare in caso di servizio presso Università e tipologia del rapporto in caso di co co co e/o prestazione d’opera): ………………………………………………………………………...

A tempo indeterminato / a tempo determinato (cancellare l’ipotesi che non interessa)

A tempo pieno / a tempo definito ovvero impegno orario ridotto (indicare n. ore settimanali o percentuale): …………..

Ricorrono / non ricorrono (cancellare l’ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le condizioni di cui all’art. 46 ultimo comma D.P.R. 761/1979

**Competenze del candidato con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione**

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione): ……………………………………………………

Tipologia di incarico (barrare la voce che interessa):

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPOLOGIA incarico**  **(*Nel caso in cui la tipologia di incarico abbia una denominazione diversa aggiungere o sostituire una riga)*** | **DATA INIZIO**  **DATA FINE**  **DENOMINAZIONE INCARICO** |
| Incarico di direzione di struttura complessa | *Data inizio \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Data fine \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Azienda che ha conferito l’incarico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Eventuale atto di conferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Denominazione incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale | *Data inizio \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Data fine \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Azienda che ha conferito l’incarico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Eventuale atto di conferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Denominazione incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Incarico di direzione di struttura semplice | *Data inizio \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Data fine \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Azienda che ha conferito l’incarico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Eventuale atto di conferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Denominazione incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Incarico professionale di altissima professionalità | *Data inizio \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Data fine \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Azienda che ha conferito l’incarico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Eventuale atto di conferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Denominazione incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Incarico professionale di alta specializzazione | *Data inizio \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Data fine \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Azienda che ha conferito l’incarico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Eventuale atto di conferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Denominazione incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo | *Data inizio \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Data fine \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Azienda che ha conferito l’incarico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Eventuale atto di conferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Denominazione incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Incarico professionale iniziale | *Data inizio \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Data fine \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *Azienda che ha conferito l’incarico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Eventuale atto di conferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Denominazione incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

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

Struttura: ……………………………………………………………………………………………

Dal (gg/mm/aaaa) …………………………. al (gg/mm/aaaa) …………………………….

Attività svolte: ………………………………………………………………………………………

**Attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, laurea o specializzazione, ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario):**

Corso ………………………………………………………………………………………....................

Materia di insegnamento: ..........................………………………………………………………………

Struttura …....................................................................................................……….........................

Anno accademico ……………………………………..……… Ore annue di insegnamento/ore totali

docenza n. ………………………

**Partecipazione a corsi, congressi, convegni, e seminari anche effettuati all’estero, nonché le pregresse idoneità nazionali**

Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, etc:

Titolo del Corso ………………………………………………………………………………………..

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento…......................................................................................

Data/e di svolgimento……………………………………..……… Ore complessive n. …………

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ..........................……………………………………………………………………...

Pregresse idoneità Nazionali:

disciplina ………………………………………………………………………………………..

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento…......................................................................................

Data/e di svolgimento……………………………………..……… Votazione. …………

**Produzione scientifica, strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell’accettazione dei lavori, nonché il suo impatto sulla comunità scientifica:**

Pubblicazioni /abstract / poster / altro presentate (indicare se originale, copia conforme o altro):

Titolo: ………………………………………………………………………………………………

Autori …………………………………………………………………………………………………

Rivista scientifica / altro ……………………………………………………………………………

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

Il sottoscritto dichiara inoltre che le copie delle pubblicazioni eventualmente allegate sono conformi agli originali in suo possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nel presente curriculum corrisponde al vero.

Luogo e data ……………………………………

Originale Firmato