

Avviso pubblico

per la acquisizione di manifestazioni d'interesse

di personale medico di Ginecologia e Ostetricia per l'eventuale conferimento di incarichi di lavoro autonomo, con durata non superiore a sei mesi salvo proroga se prevista, per le esigenze delle UU.OO.CC. di Ginecologia dell'ASM di Matera

In esecuzione della deliberazione n. ____ del _____ del Direttore Generale è indetto

AVVISO PUBBLICO

di manifestazione di interesse destinato a personale medico di GINECOLOGIA E OSTETRICIA, per l'eventuale conferimento di incarichi di lavoro autonomo, di durata non superiore a 6 mesi, salvo proroga se consentita e comunque ritenuta utile per l'Azienda.

La procedura è disciplinata, nei limiti di applicabilità, dal Regolamento aziendale per il conferimento di incarichi di incarichi individuali ex art. 7, comma 6 D. Lgs. 165/2001 e s.m.i., approvato con deliberazione D.G. n. 17 del 2022 e s.m.i.

La partecipazione all'avviso come l'eventuale inserimento negli elenchi degli idonei non conferisce in alcun caso il diritto ad un incarico autonomo o parasubordinato o a pretese inerenti l'instaurazione di rapporti professionali di qualsiasi natura con l'Asm.

Sono fatte salve in ogni caso le preclusioni al conferimento dell'incarico previste dalle norme in materia.

Art. 1 Requisiti di partecipazione

Possono partecipare all'avviso i candidati in possesso dei requisiti generali e specifici di seguito indicati:

- **cittadini comunitari e non**, nel rispetto delle disposizioni di cui agli art. 38, comma 1 del D. Lgs. 165/2001, come modificato dall'art. 7 della Legge n. 97/2013 e art. 22, comma 2 del D. Lgs. 251/2007. I cittadini non italiani devono comunque avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- **idoneità fisica all'impiego**. Prima dell'affidamento dell'incarico, l'Azienda sottoporrà a visita di controllo i candidati. Se l'accertamento sanitario risulterà negativo o se l'interessato non si presenterà, senza giustificato motivo, non si darà corso al conferimento dell'incarico;
- **laurea in medicina e chirurgia**;
- **specializzazione** nella disciplina sopra indicata;
- **iscrizione all'Albo dell'Ordine**, attestata da autocertificazione ai sensi del Dpr 445/2000 che conterrà data, numero e luogo di iscrizione. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione all'avviso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima del conferimento dell'incarico.
- **assenza di condanne e di procedimenti penali** in corso per reati che impediscono, ai sensi delle vigenti disposizioni, la costituzione del rapporto di impiego con la Pubblica Amministrazione.

Non possono accedere all'incarico coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso pubbliche amministrazioni o per i quali un precedente rapporto di pubblico impiego sia stato oggetto di procedimento disciplinare.

Non possono accedere all'incarico coloro che siano esclusi dall'elettorato attivo e coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile. I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso per la presentazione delle

domande di ammissione.

Il difetto anche di uno solo dei requisiti prescritti comporta la non ammissione all'avviso.

Il professionista risultato idoneo al momento della stipulazione del contratto dovrà produrre polizza per responsabilità civile per colpa grave e polizza infortuni, entrambe a proprio carico. Il Professionista dovrà essere munito di Partita Iva ove previsto. In difetto anche di una delle condizioni dei periodi precedenti non sarà possibile conferire l'incarico professionale.

Art. 2) Forme e modalità di partecipazione.

Le domande di ammissione, redatte utilizzando lo schema esemplificativo riportato in calce (allegato A), ed indirizzate al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, devono essere prodotte entro il **31.1.2026**, come da avviso pubblicato sul sito web dell'Asm.

I candidati interessati dovranno far pervenire la propria candidatura, al seguente indirizzo: asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it mediante l'utilizzo di posta elettronica certificata personale, pena l'esclusione.

L'invio deve avvenire con i seguenti allegati solo in formato PDF:

- domanda, redatta usando lo schema esemplificativo allegato A) all'avviso, datata e firmata dal candidato;
- curriculum vitae, reso in forma di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n.445/00, redatto usando lo schema esemplificativo Allegato B) al bando, datato e firmato dal candidato;
- copia documento di riconoscimento.

Nell'oggetto della pec va riportata la seguente dicitura: "avviso pubblico incarichi a medici di ginecologia e ostetricia".

L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da:

- inesatte indicazioni dell'indirizzo pec da parte del candidato, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo pec indicato nella domanda;
- eventuali disguidi tecnici/informatici (invio tramite pec), non imputabili a colpa dell'Amministrazione, che si dovessero verificare da parte del server.

Nella domanda i candidati devono dichiarare sotto la propria responsabilità e consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci:

- il cognome e il nome;
- la data, il luogo di nascita e la residenza;
- il codice fiscale;
- il possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- il Comune nelle cui liste elettorali sono iscritti, ovvero i motivi della loro non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- le eventuali condanne penali riportate (in caso negativo dichiararne espressamente l'assenza);
- diploma di laurea in medicina e chirurgia, con l'indicazione della data, sede e denominazione completa dell'istituto in cui il titolo stesso è stato conseguito;
- il diploma di specializzazione con l'indicazione della data, sede, denominazione completa dell'istituto e durata legale del titolo conseguito;
- l'iscrizione all'Albo dell'Ordine dei medici chirurghi o altro Ordine europeo;

- i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione. L'utilizzo del servizio pec per l'invio della domanda di partecipazione equivale automaticamente ad elezione di domicilio informatico per eventuali future comunicazioni da parte dell'azienda nei confronti del candidato;
- eventuale recapito telefonico;
- l'autorizzazione all'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016, finalizzata agli adempimenti per l'espletamento della presente procedura di selezione.

I candidati hanno l'obbligo di comunicare gli eventuali cambiamenti relativi all' indirizzo di posta elettronica. La firma in calce alla domanda di partecipazione non necessita di autenticazione. La domanda di partecipazione, compilata sulla base dello schema di domanda allegato A) al presente atto, deve essere resa sotto forma di autocertificazione, ai sensi del DPR 445/00.

Per una precisa valutazione, le dichiarazioni rese in forma di autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/00 dovranno essere redatte in modo analitico dal candidato e contenere tutti gli elementi e informazioni previste dalla certificazione che sostituiscono, quali:

denominazione del datore di lavoro (pubblico, privato, case di cura convenzionate),

la qualifica con indicazione della disciplina, la natura del rapporto di lavoro (dipendente o autonomo o di collaborazione),

tipologia del rapporto di lavoro (rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, a tempo pieno o parziale con indicazione delle ore, incarichi di co.co.co./pro. con indicazione delle ore),

eventuali periodi di interruzione nel rapporto e loro motivo, le date di inizio e di fine del servizio (indicando con precisione giorno, mese, anno).

Per i titoli di studio universitari, deve essere indicato l'Ente che ha rilasciato il titolo, la durata del corso, la data di conseguimento, l'eventuale esame finale e la votazione riportata. Relativamente ai corsi di aggiornamento è necessario indicare l'ente che ha organizzato il corso, l'oggetto, la durata, la data di svolgimento dello stesso e l'eventuale esame finale, se come partecipante, docente o relatore. Per gli incarichi di docenza devono essere indicati l'ente che ha conferito l'incarico (indicando la tipologia di ente), le materie oggetto di docenza e il periodo in cui è stato svolto, con indicazione del giorno /mese/anno) e le ore profuse complessivamente. Relativamente alle pubblicazioni e agli abstract indicare la rivista che ha curato la pubblicazione, la data, l'argomento, primo autore o coautore o unico autore della stessa.

E' necessario che le dichiarazioni sostitutive relativi ai titoli e ai servizi dichiarati nel curriculum vitae, ai sensi del DPR 445/2000 siano chiare e complete in ogni parte per una corretta valutazione di quanto dichiarato nelle stesse.

In caso contrario, saranno ritenute non valutabili.

L'Azienda si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dal candidato, con le modalità e nei termini previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Art. 3) Documentazione da allegare alla domanda di partecipazione

Alla domanda di partecipazione (allegato A) i candidati devono allegare:

- curriculum vitae datato e firmato, reso in forma di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n.445/00, redatto usando lo schema esemplificativo (allegato B), dal quale si evincano, tra l'altro, le attività formative e di aggiornamento;
- copia documento di riconoscimento.

Art. 4) Trattamento dati personali

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e successive mod. ed integrazioni, i dati personali forniti dal candidato saranno raccolti, presso dall'Ufficio Concorsi dell'Asm, per le finalità di gestione della presente procedura pubblica e saranno trattati anche successivamente all'eventuale conferimento dell'incarico per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. La messa a disposizione di tali dati è obbligatoria ai fini della selezione.

Art. 5) Motivi di esclusione dall'avviso pubblico

L'ammissione e l'esclusione dei candidati è deliberata dal Direttore Generale.

L'elenco dei candidati ammessi al presente avviso sarà pubblicato sul sito web aziendale dell'Asm nella sezione Albo Pretorio on line e avrà valore di notifica a tutti gli interessati.

L'esclusione è disposta con provvedimento motivato da notificarsi agli interessati entro trenta giorni dall'esecutività della relativa Deliberazione.

Sono tra l'altro causa di esclusione:

1. presentazione della domanda oltre i termini perentori;
2. il mancato possesso anche di uno dei requisiti di ammissione di cui all'art 1) del presente avviso;
3. l'invio della domanda di partecipazione con modalità diverse da quelle stabilite dall'avviso.

Art. 6) Incompatibilità e inammissibilità

Il conferimento dell'incarico libero professionale è incompatibile con altri rapporti autonomo o dipendente conferiti da soggetti pubblici o privati nei confronti dei quali si possa concretamente verificare un conflitto d'interesse con l'Asm.

Art. 7) Oggetto dell'incarico e compiti del professionista

Il collaboratore assume l'incarico di svolgere attività professionale di medico chirurgo nella disciplina di cui all'avviso, finalizzata all'erogazione di prestazioni presso tutte le strutture operative di riferimento dell'Asm. Il professionista svolgerà i compiti direttamente ed immediatamente connessi alle attività proprie dell'incarico in relazione alla peculiarità della struttura di assegnazione. L'attività oggetto delle prestazioni del collaboratore professionista deve intendersi di natura temporanea e caratterizzata da alta qualificazione in relazione agli obiettivi specifici che l'A.S.M. persegue. Nello svolgimento dell'attività il collaboratore professionista dovrà attenersi alle vincolanti indicazioni impartite dal Direttore dell'unità operativa di assegnazione quanto agli aspetti tecnici, dal Direttore Medico del Presidio Ospedaliero di riferimento, invece, in relazione alle responsabilità di carattere organizzativo ed igienico-sanitario che a quest'ultimo compete. La violazione degli obblighi di condotta previsti potrà comportare, ad insindacabile giudizio dell'Amministrazione, l'immediata risoluzione del contratto, fermo restando l'eventuale risarcimento del danno. Gli incarichi di consulenza, di cui al presente avviso, saranno conferiti, previo accertamento sanitario effettuato dal medico competente di questa Asl.

Art. 8) Durata, compenso e modalità di pagamento

L'incarico avrà durata di sei mesi salvo proroghe consentite ex lege e comunque aventi efficacia non automatica ma condizionata a specifica preventiva valutazione e formale provvedimento da parte dell'Azienda. In nessun caso l'incaricato potrà vantare un diritto alla proroga o prosecuzione del rapporto, posto che la collaborazione risponde, unicamente, a valutazione discrezionale dell'Azienda. L'impegno complessivo del professionista sarà di massimo 100 ore mensili, per un compenso complessivo di euro 90,00 all'ora al lordo degli oneri di legge a carico del prestatore d'opera. La corresponsione del compenso sarà effettuata subordinatamente all'attestazione da parte del Direttore dell'U.O.C. di assegnazione di regolare e corretto svolgimento dell'attività oggetto dell'incarico, con indicazione dell'effettivo impegno orario svolto dal professionista.

Art. 9) Modalità di selezione, commissione esaminatrice e affidamento incarico professionale

La selezione avverrà a sportello -stante l'estrema urgenza- e sarà operata dal Direttore del Dipartimento o altro delegato del Direttore Sanitario sulla base della valutazione comparativa dei curricula dei candidati. I curricula professionali dei potenziali collaboratori sono valutati nel loro complesso, con particolare riferimento a professionalità acquisita, esperienza maturata e titoli di studio posseduti.

Ove sussista interesse dell'Azienda al conferimento dell'incarico e sia comunque consentito dalle disposizioni vigenti, il candidato idoneo volta per volta individuato sarà invitato alla stipula del relativo contratto individuale.

L'ordine di utilizzo degli elenchi degli idonei avviene esclusivamente secondo le prioritarie esigenze di copertura degli organici.

Il candidato non può rifiutare la sede o U.O. di espletamento dell'incarico indicate dall'Azienda al momento di proposta dell'incarico, anche in sede e modalità diversa indicata nel corso del rapporto.

Art. 10) Natura giuridica del contratto

L'incarico non costituisce rapporto di lavoro subordinato. L'attività si configura quale incarico libero professionale stipulato ai sensi dell'art. 7 comma 6 del D. Lgs 165/2001 e s.m.i. e dell'art. 2222 e seguenti del codice civile, sulla base delle indicazioni e delle necessità espresse dall'Azienda.

Art. 11) Diritti e doveri

Fermo quanto previsto dall'articolo 6, l'incarico non comporta l'onere dell'esclusività e, pertanto, il professionista potrà svolgere le altre attività che non siano in contrasto e/o in concorrenza con quella svolta all'interno di questa Asm e non creino danno o pregiudizio all'immagine dell'Amministrazione.

Il professionista nello svolgimento della propria attività è tenuto ad uniformarsi alle norme di sicurezza in vigore nella struttura stessa.

Art. 12) Norme finali

La partecipazione al presente avviso implica da parte del candidato l'accettazione di tutte le disposizioni di leggi vigenti in materia. Per tutto quanto ciò non espressamente previsto e menzionato nei precedenti paragrafi, si fa riferimento alla normativa vigente in materia di incarichi di collaborazione di natura libero professionale e precisamente all'art. 7 comma 6 del D. lgs. n. 165/2001 e all'art. 2222 e seguenti del codice civile. L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, revocare o modificare, in tutto o in parte il presente avviso senza che i candidati possano vantare pretese o diritti di sorta.

Gli interessati potranno scaricare il presente avviso dal sito internet aziendale www.asmbasilicata.it

nonché richiedere ogni utile informazione all'Ufficio Concorsi, telefonando, dal lunedì al venerdì, dalle ore 12,00 alle ore 13,00, ai numeri 0835.253543 - 252704 o scrivendo al seguente recapito:

e-mail: ufficioconcorsi@asmbasilicata.it o emarcosano@asmbasilicata.it

Responsabile del procedimento: dott. Eustachio Marcosano.

Il Direttore UOC Gestione Risorse Umane

Dott. Eustachio Marcosano

Il Direttore Generale
Avv. Maurizio N.C. Friolo

SCHEMA domanda di partecipazione (Allegato A)

Al Direttore Generale Asl Matera

Il/la sottoscritto/a _____ (indicare cognome e nome)

Chiede

di essere ammesso/a all'avviso pubblico di acquisizione di manifestazioni di interesse per l'eventuale conferimento, mediante comparazione curriculare, di incarichi libero professionali a personale medico e sanitario specializzato in _____ (giusta Deliberazione n. _____ del _____).

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli art. 46 e 47 del Dpr 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali prevista dall'art. 76 dello stesso D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, Dichiaro

- di essere nato a _____ prov. _____ il _____;
- di risiedere a _____ cap _____ Prov. _____;
- via /Piazza _____ n. _____;
- Cell: _____;
- codice fiscale: _____;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno stato membro dell'Unione Europea _____;

- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____;

➤ di aver/non aver riportato condanne penali e di non avere conoscenza di procedimenti penali pendenti (in caso negativo dichiararne espressamente l'assenza);

- di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione: _____;

➤ di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;

➤ di essere in possesso del seguente diploma di laurea: _____ conseguita in data _____ presso _____;

➤ di essere in possesso della seguente specializzazione: _____ conseguita in data _____, presso _____ durata legale del corso di specializzazione: _____;

➤ di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei _____ della Provincia di _____ dal _____;

➤ di essere cessato dal servizio dal _____;

➤ di essere/non essere stato destituito o dispensato dall'impiego, ovvero licenziato presso pubbliche amministrazioni e di non essere stato dichiarato decaduto dall'impiego presso pubbliche Amministrazioni per averlo conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabili;

➤ di aver/non aver prestato servizio alle dipendenze delle seguenti Amministrazioni Pubbliche, indicando le cause di risoluzione di tali rapporti _____;

➤ di accettare tutte le condizioni previste dall'avviso ed in particolare che

- la partecipazione all'avviso come l'eventuale inserimento negli elenchi degli idonei non conferisce

in alcun caso il diritto ad un incarico autonomo o parasubordinato o a pretese inerenti l'instaurazione di rapporti professionali di qualsiasi natura con l'Asm;

- l'incarico dovrà espletarsi nelle strutture e UU.OO. indicate dall'Azienda, anche in sede e modalità diversa nel corso del rapporto.

➤dichiara altresì:

- di non aver riportato condanne per reati di cui alle leggi antimafia
- di non aver riportato condanne nei confronti della PA o la fede pubblica o per reati ostativi alla costituzione e permanenza di un rapporto di pubblico impiego
- di non avere procedimenti pendenti per i reati di cui sopra
- di non avere un contenzioso o una situazione di conflitto di interessi con l'Asm
- di non essersi reso responsabile in passato, nell'espletamento di incarichi conferiti dall'Asm, di gravi negligenze o inadempimenti o ritardi debitamente contestati dall'Azienda,

➤ di manifestare il proprio consenso, ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 e s.m.i., al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla presente procedura.

Chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente procedura concorsuale venga fatta al seguente indirizzo di posta elettronica certificata, impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione: _____

(data)

(firma)

(non autenticata ai sensi della L. 127/97)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente domanda:

- copia del documento di riconoscimento;
- curriculum formativo e professionale autocertificato ai sensi del Dpr 445/2000.

ALLEGATO B) SCHEMA CURRICULUM VITAE

RESO IN FORMA DI AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/00 ALLEGATO ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE ALL'EVENTUALE CONFERIMENTO, MEDIANTE COMPARAZIONE CURRICULARE, DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI, A PERSONALE MEDICO DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Al Direttore Generale Asl Matera

Il/La sottoscritto/a _____,
consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver prestato i seguenti servizi presso: • denominazione Ente
_____ (indicare se Ente Pubblico o
Istituto Accreditato o Istituto Privato non accreditato)
profilo _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato

dal _(GG/MM/AA/)_ al _(GG/MM/AA/)_

Y tempo pieno

Y tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

o con contratto libero professionale ovvero co.co.pro. (ore settimanali _____) dal _(GG/MM/AA/)_ al _(GG/MM/AA/)_

• denominazione Ente _____
(indicare se Ente Pubblico o Istituto Accreditato o Istituto Privato non accreditato)
profilo _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _(GG/MM/AA/)_ al _(GG/MM/AA/)_

Y tempo pieno

Y tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

o con contratto libero professionale ovvero co.co.pro. (ore settimanali _____) dal _(GG/MM/AA/)_ al _(GG/MM/AA/)_

• denominazione Ente _____
(indicare se Ente Pubblico o
Istituto Accreditato o Istituto Privato non accreditato)
profilo _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _(GG/MM/AA/)_ al _(GG/MM/AA/)_

Y tempo pieno Y tempo ridotto (n. ore settimanali _____) o con contratto libero professionale ovvero co.co.pro. (ore settimanali _____) dal _(GG/MM/AA/)_ al _(GG/MM/AA/)_.

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (oltre ai titoli specifici di ammissione richiesti dall'avviso)

- di possedere i seguenti titoli: _ _ _ (con indicazione della data, della durata, della sede e della denominazione degli istituti in cui titoli sono stati conseguiti, ed indicazione dell'eventuale esame finale).

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

- di aver prodotto le pubblicazioni e/o titoli scientifici edite a stampa attinenti la disciplina messa a selezione: _ _ _ (indicando la rivista che ha curato la pubblicazione, l'argomento, la data e se autore o coautore)

-di aver partecipato ai seguenti corsi di aggiornamento:

TITOLO DEL CORSO _____ ENTE ORGANIZZATORE
_____ LUOGO DI SVOLGIMENTO _____ DATA E DURATA
DEL CORSO _____ ESAME FINALE _____
PRESENZIATO COME: ♦partecipante ♦relatore ♦docente

TITOLO DEL CORSO _____ ENTE ORGANIZZATORE
_____ LUOGO DI SVOLGIMENTO _____ DATA E DURATA
DEL CORSO _____ ESAME FINALE _____

PRESENZIATO COME: ♦partecipante ♦relatore ♦docente

TITOLO DEL CORSO _____ ENTE ORGANIZZATORE
_____ LUOGO DI SVOLGIMENTO _____ DATA E DURATA
DEL CORSO _____ ESAME FINALE _____

PRESENZIATO COME: ♦partecipante ♦relatore ♦docente

- di aver svolto la seguente attività didattica:

CORSO DI STUDIO _____ E MATERIA DI INSEGNAMENTO
_____ DAL _____ AL _____ PRESSO _____
(indicare la tipologia dell'Ente, se pubblico o privato) IMPEGNO ORARIO _____ (numero complessivo ore nell'anno scolastico/accademico)

CORSO DI STUDIO _____ E MATERIA DI INSEGNAMENTO
_____ DAL _____ AL _____ PRESSO _____
(indicare la tipologia dell'Ente, se pubblico o privato) IMPEGNO ORARIO _____ (numero complessivo ore nell'anno scolastico/accademico).

Il sottoscritto/la sottoscritta, ai sensi Regolamento UE n. 679/2016 e s.m.i., autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità di gestione del presente avviso.

SI ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Data Firma _____