

Avviso pubblico

per la acquisizione di manifestazioni d'interesse

di **personale medico** per il conferimento di incarico di lavoro autonomo, di durata annuale, per attività di supporto alla UOC Ser.D (Unità Operativa Complessa Servizio Dipendenze Patologiche) dell'ASM di Matera.

In esecuzione della deliberazione n. 103 del 28/01/2026 del Direttore Generale è indetto

AVVISO PUBBLICO

di manifestazione di interesse rivolto a personale medico, per il conferimento di incarico di lavoro autonomo, di durata annuale, mediante procedura di comparazione di curricula, per attività di supporto alla UOC. Ser.D (Unità Operativa Complessa Servizio Dipendenze Patologiche) dell'ASM di Matera.

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 ss.mm.ii., approvato con deliberazione D.G. n. 17 del 2022 e ss.mm.ii.

La partecipazione all'avviso, come l'eventuale inserimento negli elenchi degli idonei, non conferisce in alcun caso il diritto all'incarico o a pretese inerenti all'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 il candidato non si presenterà, senza giustificato motivo, non si darà corso al conferimento dell'incarico;
- **laurea in medicina e chirurgia**;
- Possesso di una delle seguenti **specializzazioni**: Farmacologia e Tossicologia Clinica, Psichiatria, Neurologia, Medicina Interna, Malattie Infettive, Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, o una specializzazione dichiarata equipollente o affine; o in alternativa, aver maturato almeno **cinque anni di servizio nell'ambito della Medicina dei Servizi, con esperienza specifica nell'assistenza a detenuti con problematiche di alcol-dipendenza e/o tossicodipendenza**.
- **iscrizione all'Albo dell'Ordine**, attestata da autocertificazione ai sensi del Dpr 445/2000 che contenga 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, nonché coloro il cui 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.

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 **15°esimo giorno successivo alla data di pubblicazione** del presente avviso 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 incarico di lavoro autonomo a medico per attività di supporto di supporto al SerD".

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;
- recapito telefonico;
- l'autorizzazione 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.

Il candidato ha 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 di cui all' Allegato A) del presente atto, deve essere resa sotto forma di autocertificazione, ai sensi del DPR 445/00.

Le dichiarazioni rese in forma di autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/00, pena la non valutabilità, 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 motivo della stessa, le date di inizio e di fine del servizio (indicando 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 si è preso parte come partecipante, docente o relatore. Per gli incarichi di docenza devono essere indicati l'ente che ha conferito l'incarico (specificando la tipologia di ente), le materie oggetto di docenza, 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, se primo autore o coautore o unico autore della stessa.

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 per l'assistenza a detenuti con problematiche di alcol-dipendenza e/o tossicodipendenza presso la Casa Circondariale di Matera, per un massimo di 220 ore annue (circa 20 ore al mese), comprendenti visite mediche (anamnesi tossicologica, esame obiettivo, prescrizione di esami tossicologici e ulteriori accertamenti laboratoristici e/o diagnostici strumentali, raccolta della documentazione clinica), valutazione clinico-diagnostica (accertamento dello stato di tossicodipendenza o abuso di sostanze stupefacenti e/o alcol ai sensi del D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309, diagnosi e trattamento dei disturbi da uso di alcol e sostanze), prescrizione e monitoraggio della terapia farmacologica anche mediante farmaci agonisti degli oppiacei, attività di prevenzione e cura delle patologie correlate, realizzazione di interventi di educazione sanitaria, predisposizione in équipe di eventuali programmi assistenziali alternativi alla pena detentiva, partecipazione alle riunioni d'equipe multidisciplinari presso la Casa Circondariale e agli incontri settimanali presso il Ser.D., nonché utilizzo della cartella clinica informatizzata in uso al Ser.D..

L'attività oggetto dell'incarico deve intendersi di natura temporanea e caratterizzata da alta qualificazione in relazione agli obiettivi specifici che l'ASM persegue. Nello svolgimento dell'attività il 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 alla 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. L'incarico sarà conferito, previo accertamento sanitario effettuato dal medico competente di questa ASL.

Art. 8) Durata, compenso e modalità di pagamento

L'incarico avrà durata annuale, 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 220 ore annue (circa 20 ore al mese), per un compenso complessivo di euro 7.000 euro/anno al lordo degli oneri di legge a carico del prestatore d'opera. Detto compenso sarà erogato in rate mensili. La tariffa oraria di circa 31,81 euro è da considerarsi onnicomprensiva di tutto quanto dovuto al professionista e non verrà riconosciuta alcuna altra forma di compenso di qualsiasi natura. La corresponsione del compenso sarà effettuata subordinatamente all'attestazione da parte del Direttore dell'UOC 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 sarà effettuata da una commissione presieduta dal Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASM di Matera, in ragione della particolare urgenza, sulla base della valutazione comparativa dei curricula dei candidati, esaminati nel loro complesso con riferimento alla professionalità acquisita, all'esperienza maturata e ai titoli posseduti. Qualora sussista l'interesse dell'Azienda al conferimento dell'incarico e ciò sia consentito dalla normativa vigente, il candidato ritenuto idoneo sarà invitato alla stipula del relativo contratto. L'utilizzo degli elenchi degli idonei avverrà esclusivamente in funzione delle prioritarie esigenze di copertura degli organici. Il candidato non potrà rifiutare la sede o l'Unità Operativa indicata dall'Azienda al momento della proposta dell'incarico, né eventuali successive variazioni della stessa intervenute 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 il conferimento, mediante comparazione curriculare, di incarico di lavoro autonomo, di durata annuale, per attività di supporto alla UOC SerD (Unità Operativa Complessa Servizio Dipendenze Patologiche) dell'ASM di Matera, 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 previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

Dichiara

- di essere nato/a 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 in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva e del servizio militare (soltanto per il candidato di sesso maschile) e allo svolgimento delle mansioni relative al profilo di cui al presente avviso;
- 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 aver maturato almeno **cinque anni di servizio nell'ambito della Medicina dei Servizi**, con esperienza specifica nell'assistenza a detenuti con problematiche di alcolismo e/o tossicodipendenza;
- 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 da un impiego presso pubbliche Amministrazioni per averlo conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabili, o con

mezzi fraudolenti;

➤ 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 DI PERSONALE MEDICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI LAVORO AUTONOMO, DI DURATA ANNUALE PER ATTIVITA' DI SUPPORTO ALLA UOC Ser.D (UNITA' OPERATIVA COMPLESSA SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE) DELL'ASM DI MATERA.

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 _____ o

dipendente a tempo indeterminato/determinato

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

tempo pieno

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 _____ o

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

tempo pieno

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 _____ o

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

tempo pieno 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 di accesso)

- di possedere i seguenti ulteriori titoli: ___ (indicare data, durata, sede e denominazione degli istituti in cui titoli sono stati conseguiti, nonché la votazione 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 _____