## ALLEGATO 1)

**Al Dirigente APOS**

**Piazza Verdi, 3**

**40126 Bologna**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di partecipare alla** **procedura comparativa per titoli e colloquio per l’affidamento di n. 1 incarico di lavoro autonomo libero-professionale con titolare di P.IVA, a medico psichiatra, della durata di 12 mesi con un impegno stimato di circa 100 visite specialistiche per le esigenze dell’Area Benessere Salute e Sicurezza nell’ambito del progetto “Idoneità difficili e benessere lavorativo”**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, che tutto quanto indicato, nella presente domanda corrisponde al vero, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| NOME |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| DATA DI NASCITA |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| LUOGO DI NASCITA |  | | | | PROV | | | |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| RESIDENTE A |  | | | PROV | | |  | | | | | | CAP | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| VIA |  | | | | | N. | | | | | |  | | | | | | |
|  |  | | |  |  |  | |  | |  |  | | | |  | |  |  | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| CITTADINANZA ITALIANA | | SI | NO | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| CITTADINI UE: cittadinanza | |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| CITTADINI extra UE: cittadinanza | |  | | | | | | | | | |

**DICHIARA**

**REQUISITI DI AMMISSIONE (articolo 2 del bando)**

1. **TITOLO DI STUDIO** (art. 2 punto 1. del bando):

* **Vecchio Ordinamento**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rilasciato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Paese\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Conseguito in data |  | Voto: |

* **Nuovo Ordinamento**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

appartenente alla **Classe di laurea specialistica/magistrale** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rilasciato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Paese\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Conseguito in data |  | Voto: |

* **Titolo di studio straniero:**

Livello e denominazione titolo conseguito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rilasciato da­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Paese\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

essere in possesso della dichiarazione di equipollenza rilasciata ai sensi della vigente normativa in materia;

di allegare alla presente domanda una traduzione in italiano del titolo di studio estero, corredata da auto dichiarazione relativa alla conformità all’originale della traduzione stessa;

1. **ISCRIZIONE AD ALBO PROVINCIALE DELL’ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI** (art. 2 punto 2. del bando):

**SI**  Iscrizione all’Albo di:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **SPECIALIZZAZIONE IN PSICHIATRIA O EQUIPOLLENTI** (art. 2 punto 3. del bando):

**SI**

1. **ESPERIENZA PROFESSIONALE COME MEDICO PSICHIATRA E COME CONSULENTE PER MEDICI DEL LAVORO O COMMISSIONI MEDICHE PRESSO ENTI PUBBLICI O PRIVATI DI ALMENO 12 MESI**, RISULTANTE DAL CURRICULUM (art. 2 punto 4. del bando);

**NB**: ai fini della selezione, NON costituiscono esperienze professionali attività di tirocinio, attività di stage e attività di volontariato

Indicare la/le esperienza/e inserita/e nel CV che si desidera presentare quale requisito di accesso (indicare almeno 12 mesi):

* Dal …/…./….. al …/…./…...**:** ………………………………………………….
* Dal …/…./….. al …/…./….. **:** …………………………………………………..
* Dal …/…./….. al …/…./….. **:** …………………………………………………..
* Dal …/…./….. al …/…./….. **:** …………………………………………………..
* Dal …/…./….. al…/…./…... **:** …………………………………………………..
* Dal …/…./….. al …/…./….. **:** ………………………………………………...

1. **ISCRIZIONE LISTE ELETTORALI**

(Solo per i cittadini italiani: indicare il comune in cui si esercita il diritto di voto)

**SI**  **COMUNE**:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NO**

Perché:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **CONDANNE PENALI**

**SI**  QUALI:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NO**

di non avere procedimenti penali pendenti tali da determinare situazioni di incompatibilità con l’incarico da espletare. In caso contrario indicare quali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di NON essere parente o affine (fino al quarto grado compreso) con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Ateneo;

di non essere in quiescenza anticipata di anzianità ai sensi dell’art. 25 della legge 724/1995;

di dichiarare nel curriculum allegato all’istanza di partecipazione i titoli che si intendono presentare ai fini della loro valutazione (vedi Allegato 5 “Titoli Valutabili”);

di possedere un’adeguata conoscenza della lingua italiana (se cittadini stranieri);

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Essere portatore di una  condizione di disabilità | NO |  |
|  | SI |  |

e avere necessità del seguente ausilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di eleggere il proprio domicilio per le comunicazioni in merito a questa selezione in

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VIA |  | N. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COMUNE |  | PROV |  | CAP |  |

|  |  |
| --- | --- |
| TELEFONO/  CELLULARE |  |
| E-MAIL |  |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

allega alla presente istanza **copia FRONTE/RETRO di un valido documento di identità in** corso di validità.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 ss.mm.ii per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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

Allega alla presente istanza il proprio curriculum vitae **datato e sottoscritto** e dichiara che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000 e che le eventuali fotocopie allegate sono conformi all’originale ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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

**ALLEGATO 2)**

**Modulo per i dipendenti Ateneo**

**Al Dirigente APOS**

**Piazza Verdi, 3**

**40126 Bologna**

**Oggetto: manifestazione di interesse a procedura comparativa per titoli e colloquio per l’affidamento di n. 1 incarico di lavoro autonomo libero-professionale con titolare di P.IVA, a medico psichiatra, della durata di 12 mesi con un impegno stimato di circa 100 visite specialistiche per le esigenze dell’Area Benessere Salute e Sicurezza nell’ambito del progetto “Idoneità difficili e benessere lavorativo”**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(matr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

inquadrato nell’Area \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere disponibile a prestare l’attività descritta nell’avviso di selezione in oggetto durante l’orario di servizio ed a titolo gratuito;

**REQUISITI DI AMMISSIONE**

* di possedere il seguente **TITOLO DI STUDIO:**

Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

* **ISCRIZIONE AD ALBO PROVINCIALE DELL’ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI** (art. 2 punto 2. del bando):

**SI**  Iscrizione all’Albo di:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **SPECIALIZZAZIONE IN PSICHIATRIA O EQUIPOLLENTI** (art. 2 punto 3. del bando):

**SI**

* **ESPERIENZA PROFESSIONALE COME MEDICO PSICHIATRA E COME CONSULENTE PER MEDICI DEL LAVORO O COMMISSIONI MEDICHE PRESSO ENTI PUBBLICI O PRIVATI DI ALMENO 12 MESI**, RISULTANTE DAL CURRICULUM (art. 2 punto 4. del bando);

**NB**: ai fini della selezione, NON costituiscono esperienze professionali attività di tirocinio, attività di stage e attività di volontariato

Indicare la/le esperienza/e inserita/e nel CV che si desidera presentare quale requisito di accesso (indicare almeno 12 mesi):

* Dal …/…./….. al …/…./…...**:** ………………………………………………….
* Dal …/…./….. al …/…./….. **:** …………………………………………………..
* Dal …/…./….. al …/…./….. **:** …………………………………………………..
* Dal …/…./….. al …/…./….. **:** …………………………………………………..
* Dal …/…./….. al…/…./…... **:** …………………………………………………..
* Dal …/…./….. al …/…./….. **:** ………………………………………………...

di NON essere parente o affine (fino al quarto grado compreso) con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Ateneo;

adeguata conoscenza della lingua italiana (se cittadini stranieri);

non aver riportato condanne penali e/o di non aver procedimenti penali pendenti tali da determinare situazioni di incompatibilità con l’incarico da espletare. In caso contrario indicare quali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di dichiarare nel curriculum allegato all’istanza di partecipazione i titoli che si intendono presentare ai fini della loro valutazione.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Essere portatore di una condizione di disabilità | SI |  |
|  | NO |  |

e avere necessità del seguente ausilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altresì specifico quanto segue:

**🡺 motivazioni:**

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

**🡺 attività lavorative svolte presso l'attuale sede di servizio:**

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

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

di aver dettagliato nel curriculum vitae allegato al presente modulo la durata, la tipologia, la natura dell’esperienza professionale richiesta nel bando di selezione nonché ogni altro elemento comprovante le capacità a svolgere le attività oggetto dell’incarico (ad es. lettere di referenze, ecc.).

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

…………………………………… …………………………………....

Telefono ……………………….

Indirizzo mail……………………

Il/La sottoscritto/a allega alla presente istanza copia fotostatica di un valido documento di identità in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento (UE)2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 ss.mm.ii per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

Allega alla presente istanza il proprio curriculum vitae **datato e sottoscritto** e dichiara che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000 e che le eventuali fotocopie allegate sono conformi all’originale ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000.

Allega alla presente istanza il nulla osta della struttura di appartenenza.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

**ALLEGATO 3)**

**NULLA OSTA DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AUTORIZZA IL TRASFERIMENTO TEMPORANEO/LA MOBILITA' PARZIALEDEL DIPENDENTE PER \_\_\_\_\_\_MESI PRESSO LA STRUTTURA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, SENZA ULTERIORE RICHIESTA DI SOSTITUZIONE DELLO STESSO.

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………………………………..

Firma e timbro