

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO
MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI CORSI DI LAUREA TRIENNALI, MAGISTRALI A CICLO UNICO E MAGISTRALI BIENNALI

Al Presidente della Scuola di Medicina
Università degli Studi di Bari Aldo Moro

Il sottoscritto _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente a _____
via _____ tel. _____ cell. _____
e-mail _____

avendo preso visione del Decreto del Presidente della Scuola di Medicina n. 5 del 29.01.2024 relativo alla procedura selettiva pubblica, per soli titoli, per il conferimento di incarichi di insegnamento per i Corsi di Laurea Magistrali e Triennali afferenti ai Dipartimenti di Area Medica-Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Anno Accademico 2023/2024, (ottavo di vacanza)

chiede di ricoprire per l'A.A. 2023/2024 l'insegnamento di:

Corso di Laurea _____ sede _____ nome insegnamento _____ Corso Integrato di _____ S.S.D. _____ anno di corso _____ semestre _____ CFU frontali _____ CFU professionalizzanti _____ ID insegnamento n° _____

Il sottoscritto dichiara di essere in servizio presso:

<p>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera a) del Bando di vacanza affidamento a titolo gratuito:</p> <input type="checkbox"/> Università _____ <input type="checkbox"/> Dipartimento di _____ <input type="checkbox"/> prof. ordinario <input type="checkbox"/> prof. associato S.S.D. _____ <input type="checkbox"/> ricercatore <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo retribuito <input type="checkbox"/> RTDA <input type="checkbox"/> RTDB
<p>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera a) del Bando di vacanza affidamento a titolo oneroso:</p> <input type="checkbox"/> Altra Università di _____ <input type="checkbox"/> prof. ordinario <input type="checkbox"/> prof. associato <input type="checkbox"/> ricercatore S.S.D. _____ Dipartimento _____
<p>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera b) del Bando di vacanza:</p> <input type="checkbox"/> personale dipendente dell'Università di Bari Aldo Moro, del ruolo tecnico, in possesso di adeguati requisiti scientifici e professionali attinenti all'insegnamento bandito, che svolge funzioni assistenziali nell'ambito delle strutture sanitarie insistenti nel Dipartimento di afferenza Dipartimento di _____ Unità Operativa _____ <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo gratuito
<p>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera c) del Bando di vacanza:</p> <input type="checkbox"/> personale di Enti pubblici e privati, compreso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con i quali l'Università di Bari abbia stipulato specifiche convenzioni (art. 2 D.R n. 2674 del 05.06.2019); Azienda/Istituto/Ente _____ sede _____ Qualifica: _____ Unità Operativa (se dipendente SSN) _____ Qualifica: _____ <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo gratuito
<p>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera d) del Bando di vacanza:</p> <input type="checkbox"/> soggetti in possesso di adeguati requisiti scientifici e professionali di cui al comma 2 dell'art. 23 della Legge 240/2010; *Qualifica: _____ *In servizio presso _____ <input type="checkbox"/> libero professionista <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo oneroso

(luogo) _____ (data) _____ firma _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni

(Art. 46, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(Art. 19 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
_____, residente in _____, e domiciliato/a in _____ via
_____ n° _____, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76

del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA di essere in possesso dei seguenti requisiti di accesso richiesti dall'art. 2 del Bando decreto n. _____ del _____ e di cui contestualmente ne chiede la valutazione:

Laurea magistrale, ovvero laurea rilasciata ai sensi dell'art. 3 della legge 341/90 (L) o laurea specialistica/magistrale (LS/LM) rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 1, lettera b, del D.M. 03.11.1999, n. 509 come modificato dal D.M. 22.10.2004, n. 270 in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ Facoltà _____ con votazione _____;

Di aver conseguito il Dottorato di Ricerca/ in _____ presso l'Università di (indicare l'ente/l'istituzione) _____ nell'anno accademico _____ con giudizio di _____ / o essere iscritto nell'anno accademico _____ al _____ anno del Dottorato di Ricerca in _____ presso _____ e/o di terminare il dottorato di ricerca, salvo proroghe, nell'A.A. _____ e presumibilmente nel mese di _____;

Di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in _____ presso l'Università di _____ nell'anno accademico _____ con il voto di _____ /o di essere iscritto nell'anno accademico _____ al _____ anno della Scuola di Specializzazione in _____ presso _____;

di essere Laureato inquadrato nei ruoli del personale tecnico-amministrativo dell'Università;

di essere Ricercatore di Enti di Ricerca pubblici;

di essere Assegnista di ricerca;

di essere Dottorando di ricerca;

di aver svolto Attività tutoriale – didattiche a titolo oneroso (indicare la/le materia/o la denominazione dell'insegnamento presso la Facoltà di _____ dal _____ al _____ tot. ore _____ rivolto a (indicare i destinatari) _____);

di essere Docente di ruolo presso la scuola secondaria di I e II grado (classi di concorso A029 e A030) per i quali può essere richiesto il comando presso le Università ai sensi dell'art. 26 della Legge n. 448/98

di essere in possesso della laurea di primo livello o titolo equipollente nel profilo professionale di riferimento;

di essere in possesso della laurea specialistica riferita alla classe di riferimento del profilo professionale;

- Esperienza professionale di elevato livello idoneamente documentata e certificata nel campo specifico motorio-sportivo, clinico e/o organizzativo per cui è richiesto l'insegnamento;
- Esperienza didattica in corsi universitari idoneamente documentata e certificata nel campo specifico motorio-sportivo, clinico e/o organizzativo per cui è richiesto l'insegnamento;
- Altri titoli inerenti il profilo professionale di riferimento e coerenti con l'insegnamento richiesto (quali Master e perfezionamenti in area motorio-sportiva clinica e/o organizzativa).

DICHIARA inoltre:

- di non avere relazione di coniugio o un grado di parentela o di affinità, fino al IV grado compreso, con il Rettore, il Direttore Generale, un componente del Consiglio d'Amministrazione o con personale docente afferente alla struttura che attribuisce l'incarico.
- di non essere stato destituito dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente, insufficiente rendimento;
- di non essere decaduto da un impiego statale ai sensi dell'art. 127, lettera d) del D.P.R. 10.01.1995, n. 3;
- di non aver subito condanne penali, anche a pena accessoria che siano interdetti da misure di prevenzione che in base alla normativa vigente precludano l'instaurazione di un rapporto di lavoro con la Pubblica Amministrazione;
- di non essere cessato volontariamente dal servizio presso Enti Pubblici o privati con diritto alla pensione anticipata di anzianità e di non aver avuto con l'Università di Bari rapporti di lavoro o di impiego nei cinque anni precedenti a quello di cessazione (art. 25 L. 23.02.1994, n. 724).

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data

IL/LA DICHIARANTE

(Firma per esteso e leggibile)

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ prov. ____ il _____, codice fiscale _____; residente a _____ in _____, CAP _____, **esprime il proprio consenso** al trattamento dei dati personali ai soli scopi inerenti la procedura concorsuale ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003.

Il/la sottoscritto/a fornisce ai sensi del D.lgs citato il proprio consenso affinché tali dati personali, come pure quelli che potranno in futuro essergli/le richiesti ad integrazione dei suddetti, esclusivamente per scopi inerenti l'attività dichiarata, vengono trattati e comunicati a terzi incaricati.

Data

Firma

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE e ATTO DI NOTORIETÀ
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000
(per i soli insegnamenti relativi ai SS.SS.DD. dal MED/45 al MED/50)**

Il/la sottoscritto/a
nato/a a (.....) il e residente a
..... in Via, ai sensi
e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la personale responsabilità, dichiara di
essere in possesso dei seguenti titoli di studio e di carriera.

(Compilare con PC o in stampatello – verranno considerati per la valutazione solo i moduli seguenti interamente compilati)

DICHIARA

Di prestare servizio presso:

- Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari
- ASL BA
- ASL BR
- ASL LE
- ASL TA
- Ospedale "Miulli" Acquaviva delle Fonti
- I.R.C.C.S. Saverio De Bellis- Castellana Grotte
- Ospedale "Cardinale Panico" Tricase

Di possedere i seguenti titoli:

- Laurea di 1° livello in Infermieristica (Classe L-SNT1)
- Laurea di 1° livello in Ostetricia (Classe L-SNT1)
- Laurea di 1° livello in Educazione Professionale (Classe SNT02)
- Laurea di 1° livello in Fisioterapia (Classe SNT02)
- Laurea di 1° livello in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (Classe SNT02)
- Laurea di 1° livello in Dietistica (Classe SNT03)
- Laurea di 1° livello in Igiene Dentale (Classe SNT03)
- Laurea di 1° livello in Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare (Classe SNT03)
- Laurea di 1° livello in Tecniche Ortopediche (Classe SNT03)
- Laurea di 1° livello in Tecniche di Laboratorio Biomedico (Classe SNT03)
- Laurea di 1° livello in Tecniche di Neurofisiopatologia (Classe SNT03)
- Laurea di 1° livello in Tecniche di Radiologia Medica per immagini e Radioterapia (Classe SNT03)
- Laurea di 1° livello in Logopedia (Classe SNT02)
- Laurea di 1° livello in Tecniche Audioprotesiche (Classe SNT03)
- Laurea di 1° livello in Tecniche Audiometriche (Classe SNT03)
- Laurea di 1° livello in Ortottica e Assistenza Oftalmologica (Classe SNT02)
- Laurea di 1° livello in Assistenza Sanitaria (Classe SNT4)
- Laurea di 1° livello in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro (Classe SNT4)

ALLEGATO E

- Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (Classe L-SNT1)
 - Laurea Magistrale in Scienze della Riabilitazione (Classe L-SNT2)
 - Laurea Magistrale in Scienze della Prevenzione (Classe L-SNT4)
 - Laurea Magistrale in Scienze Tecniche Diagnostiche (Classe L-SNT3)
 - Laurea Magistrale in Scienze Tecniche Assistenziali (Classe L-SNT3)
- Titoli abilitanti all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, di cui alla legge n.42/1999

CON GLI EVENTUALI ALTRI TITOLI DI SEGUITO SPECIFICATI:

- Dottorato di ricerca

TITOLO
CONSEGUITO IL:
PRESSO:

- Master di II livello

TITOLO
CONSEGUITO IL:
PRESSO:

TITOLO
CONSEGUITO IL:
PRESSO:

- Master di I livello

TITOLO
CONSEGUITO IL:
PRESSO:

TITOLO
CONSEGUITO IL:
PRESSO:

TITOLO
CONSEGUITO IL:

PRESSO:

CORSO DI PERFEZIONAMENTO / ALTRI DIPLOMI (DDSI-DAI-IID DI CUI AL D.P.R. N. 162/82)

TITOLO

CONSEGUITO IL:

PRESSO:

PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE:

Autore/i:

Titolo:

Rivista/Testo/Monografia:

Indicizzata su:

Anno pubblicazione:

Doi:

Impact Factor / ISSN:

ALLEGATO E

Autore/i:
Titolo:
Rivista/Testo/Monografia:
Indicizzata su:
Anno pubblicazione:
Doi:
Impact Factor / ISSN:

Autore/i:
Titolo:
Rivista/Testo/Monografia:
Indicizzata su:
Anno pubblicazione:
Doi:
Impact Factor / ISSN:

Autore/i:
Titolo:
Rivista/Testo/Monografia:
Indicizzata su:
Anno pubblicazione:
Doi:
Impact Factor / ISSN:

Autore/i:
Titolo:
Rivista/Testo/Monografia:
Indicizzata su:
Anno pubblicazione:
Doi:
Impact Factor / ISSN:

Autore/i:
Titolo:

ALLEGATO E

Rivista/Testo/Monografia:
Indicizzata su:
Anno pubblicazione:
Doi:
Impact Factor / ISSN:

Autore/i:
Titolo:
Rivista/Testo/Monografia:
Indicizzata su:
Anno pubblicazione:
Doi:
Impact Factor / ISSN:

Autore/i:
Titolo:
Rivista/Testo/Monografia:
Indicizzata su:
Anno pubblicazione:
Doi:
Impact Factor / ISSN:

Autore/i:
Titolo:
Rivista/Testo/Monografia:
Indicizzata su:
Anno pubblicazione:
Doi:
Impact Factor / ISSN:

Autore/i:
Titolo:
Rivista/Testo/Monografia:
Indicizzata su:
Anno pubblicazione:

ALLEGATO E

Doi:
Impact Factor / ISSN:

Autore/i:
Titolo:
Rivista/Testo/Monografia:
Indicizzata su:
Anno pubblicazione:
Doi:
Impact Factor / ISSN:

Autore/i:
Titolo:
Rivista/Testo/Monografia:
Indicizzata su:
Anno pubblicazione:
Doi:
Impact Factor / ISSN:

ATTIVITA' DIDATTICA:

INSEGNAMENTO:
CORSO DI LAUREA:
A.A.:

INSEGNAMENTO:
CORSO DI LAUREA:
A.A.:

INSEGNAMENTO:
CORSO DI LAUREA:
A.A.:

INSEGNAMENTO:
CORSO DI LAUREA:
A.A.:

ALLEGATO E

INSEGNAMENTO:
CORSO DI LAUREA:
A.A.:

INSEGNAMENTO:
CORSO DI LAUREA:
A.A.:

ATTIVITA' PROFESSIONALE:

STRUTTURA:			
<input type="checkbox"/> Azienda Pubblica	<input type="checkbox"/> Azienda Privata accreditata	<input type="checkbox"/> Azienda Privata /Libero professionista	
Tempo:	<input type="checkbox"/> Determinato	<input type="checkbox"/> Indeterminato	
DAL	AL	Anni:	Mesi:
UU.OO./Servizio:			
AREA: medica chirurgica emergenza/urgenza Prevenzione/Territorio Intensiva			

STRUTTURA:			
<input type="checkbox"/> Azienda Pubblica	<input type="checkbox"/> Azienda Privata accreditata	<input type="checkbox"/> Azienda Privata /Libero professionista	
Tempo:	<input type="checkbox"/> Determinato	<input type="checkbox"/> Indeterminato	
DAL	AL	Anni:	Mesi:
UU.OO./Servizio:			
AREA: medica chirurgica emergenza/urgenza Prevenzione/Territorio Intensiva			

STRUTTURA:			
<input type="checkbox"/> Azienda Pubblica	<input type="checkbox"/> Azienda Privata accreditata	<input type="checkbox"/> Azienda Privata /Libero professionista	
Tempo:	<input type="checkbox"/> Determinato	<input type="checkbox"/> Indeterminato	
DAL	AL	Anni:	Mesi:
UU.OO./Servizio:			
AREA: medica chirurgica emergenza/urgenza Prevenzione/Territorio Intensiva			

STRUTTURA:			
<input type="checkbox"/> Azienda Pubblica	<input type="checkbox"/> Azienda Privata accreditata	<input type="checkbox"/> Azienda Privata /Libero professionista	
Tempo:	<input type="checkbox"/> Determinato	<input type="checkbox"/> Indeterminato	
DAL	AL	Anni:	Mesi:

ALLEGATO E

UU.OO./Servizio:
AREA: medica chirurgica emergenza/urgenza Prevenzione/Territorio Intensiva

STRUTTURA:			
<input type="checkbox"/> Azienda Pubblica	<input type="checkbox"/> Azienda Privata accreditata	<input type="checkbox"/> Azienda Privata /Libero professionista	
Tempo:	<input type="checkbox"/> Determinato	<input type="checkbox"/> Indeterminato	
DAL	AL	Anni:	Mesi:
UU.OO./Servizio:			
AREA: medica chirurgica emergenza/urgenza Prevenzione/Territorio Intensiva			

STRUTTURA:			
<input type="checkbox"/> Azienda Pubblica	<input type="checkbox"/> Azienda Privata accreditata	<input type="checkbox"/> Azienda Privata /Libero professionista	
Tempo:	<input type="checkbox"/> Determinato	<input type="checkbox"/> Indeterminato	
DAL	AL	Anni:	Mesi:
UU.OO./Servizio:			
AREA: medica chirurgica emergenza/urgenza Prevenzione/Territorio Intensiva			

DIRETTORE ATTIVITA' DIDATTICHE PROFESSIONALIZZANTI

CORSO DI LAUREA:
POLO DIDATTICO:
Anno/i Accademico/i:

CORSO DI LAUREA:
POLO DIDATTICO:
Anno/i Accademico/i:

CORSO DI LAUREA:
POLO DIDATTICO:
Anno/i Accademico/i:

CORSO DI LAUREA:
POLO DIDATTICO:
Anno/i Accademico/i:

ALLEGATO E

DICHIARA inoltre:

- di non avere relazione di coniugio o un grado di parentela o di affinità, fino al IV grado compreso, con il Rettore, il Direttore Generale, un componente del Consiglio d'Amministrazione o con personale docente afferente alla struttura che attribuisce l'incarico.
- di non essere stato destituito dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente, insufficiente rendimento;
- di non essere decaduto da un impiego statale ai sensi dell'art. 127, lettera d) del D.P.R. 10.01.1995, n. 3;
- di non aver subito condanne penali, anche a pena accessoria che siano interdetti da misure di prevenzione che in base alla normativa vigente precludano l'instaurazione di un rapporto di lavoro con la Pubblica Amministrazione;
- di non essere cessato volontariamente dal servizio presso Enti Pubblici o privati con diritto alla pensione anticipata di anzianità e di non aver avuto con l'Università di Bari rapporti di lavoro o di impiego nei cinque anni precedenti a quello di cessazione (art. 25 L. 23.02.1994, n. 724).

Data.....

Firma.....