fac simile domanda partecipazione

Bari, lì

Al Presidente

della Scuola di Medicina SEDE

OGGETTO: disponibilità a ricoprire incarico DI DIREZIONE DI Struttura complessa a Direzione Universitaria presso l’A.O.U.C Policlinico “Giovanni XXIII” di Bari

Il sottoscritto , nato a professore/ricercatore del

SSD/MED afferente al Dipartimento , con riferimento al

Bando emanato dal Presidente della Scuola di Medicina in data relativo all’indizione di una procedura valutativa finalizzata al conferimento di incarichi vacanti di direzione di Strutture complesse a direzione universitaria presso l’A.O.U.C. Policlinico “Giovanni XXIII” di Bari, rappresenta la propria disponibilità a ricoprire detto incarico per l’U.O.C. di ‐ SSD MED/

A tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara di essere in possesso dei requisiti previsti dal

* + 1. n. 484/1997 e s.m.i. e, con riferimento a quanto previsto dall’art. 7 del citato Bando, allega alla presente – distinta per ciascuna delle tipologie – dichiarazione sostitutiva di certificazione dei titoli posseduti, nonché curriculum vitae

Ai fini esclusivi della partecipazione alla procedura valutativa in oggetto, dichiara che eventuali comunicazioni possano essere trasmesse ai seguenti recapiti:

* + - * Sede ufficio:
      * Indirizzo posta elettronica
      * Tel. Ufficio
      * Mobile



Con osservanza.

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a

nato a ( ) il

(residente a ( ) in

Via n.

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di

dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

D I C H I A R A

di possedere i seguenti titoli, presentati quale candidato al conferimento dell’incarico di direzione di struttura complessa a direzione universitaria presso l’A.O.U.C. Policlinico “Giovanni XXIII” di Bari, di cui all’art. 7 del relativo Bando del Presidente della Scuola di Medicina: datato :

# tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali ha svolto la sua attività e la tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime:

………………………………

………………………………

# posizione funzionale nelle strutture sanitarie presso le quali ha svolto la sua attività e le sue competenze con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione, ruoli di responsabilità rivestiti, lo scenario organizzativo in cui ha operato ed i particolari risultati ottenuti in tali esperienze professionali precedenti, tenuto anche conto della durata del relativo incarico:

…………………………….

…………………………….

…………………………….

# tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate anche con riguardo all’attività / casistica trattata nei precedenti incarichi, misurabile in termini di volume e complessità. Le casistiche sono riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione dell’avviso (certificate dal Direttore Sanitario, dal Direttore di Dipartimento o dal Direttore dell’unità operativa di appartenenza):

………………………………………

……………………………………..

……………………………………..

# soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a tre mesi e per la partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari nazionali ed internazionali, in qualità di docente o di relatore‐invited speaker:

…………………………………….

……………………………………

……………………………………

# attività didattica con affidamento di insegnamenti presso corsi di studio (corsi di laurea o di specializzazione):

………………………………………..

………………………………………..

………………………………………..

# produzione scientifica, valutata in relazione all’attinenza alla disciplina ed in relazione alle pubblicazioni (lavori con I.F. e libri e capitoli di libro dotati di ISBN); ruolo di investigatore principale o di responsabile di unità di ricerca in progetti in ambito clinico; continuità e rilevanza dell’attività pubblicistica e di ricerca svolta nel corso di precedenti incarichi:

………………………………………………

……………………………………………..

In fede.

Data Firma