**All. “A”**

al bando emanato

**con D.D. n. 97 dell’ 11/07/2019**

**AVVISO PUBBLICO di selezione per il conferimento di DiEci incaricHI individualI con contratto di lavoro autonomo PROFESsionale pER il** **CENTRO DI GESTIONE DELLA FACOLTà DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL’Università Politecnica delle Marche – CORSO DI LAUREA IN odontoiatria e protesi dentaria.**

Al Direttore del Centro di Gestione

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Università Politecnica delle Marche

Via Tronto, 10/A – Polo Murri

60126 ANCONA

Pec: preside.medicina@pec.univpm.it

Il/la sottoscritto/a *(cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* nato/a il *(data di nascita)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a *(luogo di nascita)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ alla selezione per titoli e colloquio per l’affidamento di uno dei dieci incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo professionale per lo svolgimento dell’attività specificata nel bando nell’ambito del Progetto **“Attività di tutorato didattico per gli studenti del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria per lo sviluppo delle competenze nell’area della prevenzione e cura delle patologie orali e della chirurgia odontostomatologica, con particolare riferimento alle problematiche dei pazienti disabili e fragili”** presso il Centro di Gestione della Facoltà di medicina e Chirurgia dell’Università Politecnica delle Marche.

La skill per cui presenta domanda è: (**barrare con una crocetta UNA SOLA VOCE**):

**🞎 Gestire, Anamnesi, esame obiettivo, compilare** = (200 ore annue per ogni tutore) – tutori necessari n. 1

**🞎 Diagnosticare e Redigere** = (300 ore annue per ogni tutore) – tutori necessari n. 1

**🞎 Terapie Chirurgiche e specialistiche** = (300 ore annue ogni tutore) – tutori necessari n. 2

**🞎 Terapie restaurative, protesiche, ortodontiche e odontoiatriche** = (200 ore annue per ogni tutore ) – tutori necessari n. 4

**🞎 Terapie odontoiatriche in sedazione e anestesia** = (200 ore annue per ogni tutore) – tutori necessari n. 2

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste dal Codice Penale e dalle leggi in materia, in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, dichiara, ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del d.p.r. 445/2000 e s.m.i.:

**A)** di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (PROV.)\_\_\_\_

VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B)** □ di essere in possesso della cittadinanza italiana;

**C)** (SOLO PER CITTADINI U.E.) □ di essere in possesso della cittadinanza dello STATO MEMBRO DELL’UNIONE EUROPEA (*indicare quale)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

**D)** di essere in possesso del TITOLO di STUDIO[[1]](#footnote-1) richiesto nel bando:

Diploma di Laurea *(specificare* *tipo magistrale, specialistica, vecchio ordinamento)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con votazione \_\_\_\_\_\_\_;

NEL CASO DI LAUREA CONSEGUITA ALL’ESTERO:

Diploma di Laurea in *(specificare)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con votazione \_\_\_\_\_\_\_;

**E)** di conoscere la/e LINGUA/E STRANIERA/E *(specificare quali)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LIVELLO (*avanzato, medio, etc)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**F)** di possedere i requisiti professionali di cui ai punti c) e d) dell’Art. 4 del bando così come di seguito descritti:

* Iscrizione all’Albo dell’Ordine Professionale:

Albo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ decorrenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Esperienza professionale nel settore dell’assistenza odontoiatrica a pazienti disabili e fragili (*descrizione dettagliata attività e durata specificati nel curriculum vitae*)

**G)** di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall’art. 4 del Regolamento prestazioni d’opera dell’Università Politecnica delle Marche;

**H)** di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente selezione al SEGUENTE indirizzo:

VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

COMUNE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(PROV.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFONO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CELL.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI ALL’ART. 13 D. Lgs. n. 196 DEL 30.06.2003 E DELL’ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679, CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE DOMANDA DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL’ INFORMATIVA RESA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI INTERESSATI EFFETTUATO NELL'AMBITO DELLE PROCEDURE DI RECLUTAMENTO DEL PERSONALE E DI SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI ASSEGNI DI RICERCA, INCARICHI DI COLLABORAZIONE E/O INSEGNAMENTO PUBBLICATA SUL SITO DELL’UNIVERSITA’.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma autografa(\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) Se la dichiarazione è consegnata personalmente al funzionario addetto, la firma autografa dovrà essere apposta in sua presenza.

Se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi dovrà essere sottoscritta con firma autografa dal candidato che dovrà, inoltre, allegare alla stessa fotocopia semplice di un documento di identità.

ALLEGA:

* **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE** (ART. 46 DPR 445/2000) **con CURRICULUM VITAE in formato europeo e/o TITOLI** nella forma della **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’** (ART. 47 D.P.R. N. 445/2000)

**All. “B”**

al bando emanato

**con D.D. n. 97 dell’ 11/07/2019**

**AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI DIECI INCARICHI INDIVIDUALI CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE PER IL CENTRO DI GESTIONE DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL’UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE – CORSO DI LAUREA IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ART. 46 DPR 445/2000) e CURRICULUM VITAE**

Con riferimento alla domanda di partecipazione per la selezione sopra indicata, il/la sottoscritto/a ............................................................nato/a a ............................ (prov. ……)

il …………, residente in …………………………………… (prov. .….), via/c.so/p.zza ………………………………….. n. ………………, c.a.p. …………………,

DICHIARA

ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, che le informazioni contenute nel proprio *Curriculum vitae in formato europeo* **allegato e parte integrante della presente dichiarazione** corrispondono a verità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma autografa(\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) Se la dichiarazione è consegnata personalmente al funzionario addetto, la firma autografa dovrà essere apposta in sua presenza.

Se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi dovrà essere sottoscritta con firma autografa dal candidato che dovrà, inoltre, allegare alla stessa fotocopia semplice di un documento di identità.

**All. “C”**

al bando emanato

**con D.D. n. 97 dell’ 11/07/2019**

**AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI DIECI INCARICHI INDIVIDUALI CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE PER IL CENTRO DI GESTIONE DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL’UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE – CORSO DI LAUREA IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

**(ART. 47 D.P.R. N. 445/2000)**

Con riferimento alla domanda di partecipazione per la selezione sopra indicata, il/la sottoscritto/a .............................................................................nato/a a ................ (prov.……) il ……………, residente in …………………………………… (prov. …….), via/c.so/p.zza ……………………………………….... n. ………, c.a.p. …………………,

DICHIARA

ai sensi dell’ art. 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 che le seguenti fotocopie allegate sono conformi agli originali in suo possesso (elencare le fotocopie allegate):

* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma autografa(\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) Se la dichiarazione è consegnata personalmente al funzionario addetto, la firma autografa dovrà essere apposta in sua presenza.

Se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi dovrà essere sottoscritta con firma autografa dal candidato che dovrà, inoltre, allegare alla stessa fotocopia semplice di un documento di identità.

1. Qualora i caratteri della prestazione rientrano nelle ipotesi derogatorie del 2° capoverso del comma 6 dell’art. 7 D. Lgs.165/2001, va inserito il titolo di studio e/o professionale corrispondente. [↑](#footnote-ref-1)