

fac simile domanda partecipazione

Al Presidente
della Scuola di Medicina
SEDE

Bari, li _____

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
D.P.R. 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 _____