

## ALLEGATO E

**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 MEDS-24/C al MEDS-26/D)**

**NB.: Da compilare in ogni sua parte senza riferimenti ad altri allegati**

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 TA
- ☐ I.R.C.C.S. Saverio De Bellis- Castellana Grotte
- ☐ I.R.C.C.S. Istituto Tumori Giovanni Paolo II Bari

**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 Perfusionazione 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)
- ☐ Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (Classe L-SNT1)

## ALLEGATO E

- ☐ 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 (inerenti al SSD del BANDO)

TITOLO
CONSEGUITO IL:
PRESSO:
MODALITA' ( IN PRESENZA O TELEMATICA) :

TITOLO
CONSEGUITO IL:
PRESSO:
MODALITA' ( IN PRESENZA O TELEMATICA) :

- ☐ Master di I livello (inerenti al SSD del BANDO)

TITOLO
CONSEGUITO IL:
PRESSO:
MODALITA' ( IN PRESENZA O TELEMATICA) :

TITOLO
CONSEGUITO IL:
PRESSO:
MODALITA' ( IN PRESENZA O TELEMATICA) :

## ALLEGATO E

TITOLO
CONSEGUITO IL:
PRESSO:
MODALITA' ( IN PRESENZA O TELEMATICA) :

☐ **CORSO DI PERFEZIONAMENTO / ALTRI DIPLOMI (DDSI-DAI-IID DI CUI AL D.P.R. N. 162/82)**  
(inerenti al SSD del BANDO)

TITOLO
CONSEGUITO IL:
PRESSO:
MODALITA' ( IN PRESENZA O TELEMATICA) :

TITOLO
CONSEGUITO IL:
PRESSO:
MODALITA' ( IN PRESENZA O TELEMATICA) :

TITOLO
CONSEGUITO IL:
PRESSO:
MODALITA' ( IN PRESENZA O TELEMATICA) :

☐ **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:

## ALLEGATO E

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

☐ ATTIVITA' DIDATTICA GIÀ ESPLETATA (INERENTE al SSD DEL BANDO):

INSEGNAMENTO:
CORSO DI LAUREA:
A.A.:

INSEGNAMENTO:
CORSO DI LAUREA:
A.A.:

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

☐ ATTIVITA' PROFESSIONALE (barrare solo un'area di competenza):

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: <input type="checkbox"/> medica <input type="checkbox"/> chirurgica <input type="checkbox"/> emergenza/urgenza <input type="checkbox"/> Prevenzione/Territorio <input type="checkbox"/> Intensiva (barrare solo un'area di competenza)			

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: <input type="checkbox"/> medica <input type="checkbox"/> chirurgica <input type="checkbox"/> emergenza/urgenza <input type="checkbox"/> Prevenzione/Territorio <input type="checkbox"/> Intensiva (barrare solo un'area di competenza)			

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: <input type="checkbox"/> medica <input type="checkbox"/> chirurgica <input type="checkbox"/> emergenza/urgenza <input type="checkbox"/> Prevenzione/Territorio <input type="checkbox"/> Intensiva (barrare solo un'area di competenza)			

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: <input type="checkbox"/> medica <input type="checkbox"/> chirurgica <input type="checkbox"/> emergenza/urgenza <input type="checkbox"/> Prevenzione/Territorio <input type="checkbox"/> Intensiva (barrare solo un'area di competenza)			

## ALLEGATO E

### ☐ DIRETTORE ATTIVITA' DIDATTICHE PROFESSIONALIZZANTI

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

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

**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.....