FAC-SIMILE (da redigere in carta semplice)

 Al Direttore Generale

 ATS Città Metropolitana di Milano

 Corso Italia n. 52

 20122 Milano

Il/La sottoscritto/a ...........................................................nato a ................................il .................

e residente a ……………………………… in via ……………………………………………..…………………

n. ………… c.a.p. ……… chiede di essere ammesso a partecipare all’Avviso Pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico quinquennale, di Direttore della **Struttura Complessa “UOC VIGILANZA STRUTTURE SANITARIE”.**

A tal fine, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2008, nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, dichiara:

1. di essere cittadino italiano ovvero cittadinanza equivalente secondo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadino di uno dei Paesi dell’Unione Europea;
2. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di ........................ ;
3. che il proprio stato civile è ……………………………………………………..;
4. che il proprio codice fiscale è ;
5. di essere in possesso del diploma di laurea in………………………….………………..conseguito in data ……………. presso Università………………………………………………...;
6. di essere/non essere in possesso del diploma di specializzazione in ……………….. conseguito in data …………presso……………….
7. di essere iscritto/a all’albo professionale……………………..;
8. di essere in regola con gli adempimenti relativi agli obblighi della leva militare ed in particolare .…………………………………… (ovvero di non essere soggetto agli obblighi di leva – per le donne -);
9. di essere/di essere stato/di non essere dipendente di Pubblica amministrazione;
10. di essere in possesso/non essere in possesso dell’attestato di formazione manageriale di cui all’art.5, comma 1, lettera d) DPR 484/97;
11. di avere/non avere riportato condanne penali e di essere/o non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa (in caso affermativo indicare quali);
12. di essere stato sottoposto/di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari e di avere/non avere procedimenti disciplinari pendenti (in caso affermativo indicare quali);
13. dichiaro inoltre che, ai sensi dell’art.47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 nonché ai sensi del D.Lgs. n.39/2013 (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata):

 di non incorrere in alcuna delle cause di **inconferibilità** di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n.39/2013

Oppure

 che sussistono le seguenti cause di **inconferibilità** di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n.39/2013:

|  |  |
| --- | --- |
| Descrizione carica / incarico ricoperto | Disposizione di riferimento del D.L.gs n. 39/2013 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. dichiaro inoltre che, ai sensi dell’art.47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 nonché ai sensi del D.Lgs. n.39/2013 (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata):

 di non incorrere in alcuna delle cause di **incompatibilità** di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n.39/2013

**Oppure**

 che sussistono le seguenti cause di **incompatibilità** di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n.39/2013:

|  |  |
| --- | --- |
| Descrizione carica / incarico ricoperto | Disposizione di riferimento del D.L.gs n. 39/2013 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. di essere fisicamente idoneo all’impiego;
2. di non essere stato destituito o dispensato dal Servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
3. di autorizzare l’ATS di Milano al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003
4. di accettare senza riserve tutte le condizioni previste dal bando di concorso.
5. chiede, ai sensi dell’art. 20 della L. n.104 del 5/2/1992, l’utilizzo dei seguenti ausili……………………………. nonché l’eventuale necessità di tempi aggiuntivi per sostenere il colloquio:………………………………………………………………..;

Chiede che tutte le comunicazioni inerenti la presente domanda devono essere inviate al seguente indirizzo:

Via.......................................n................Città.............................(c.a.p..........)

Recapito telefonico .......................................

E-mail……………………………………………………………………

PEC………………………………………………………………………

Data ........................................ Firma per esteso .......................................

**N.B.** Alla domanda il candidato dovrà allegare:

* curriculum formativo e professionale redatto, ai sensi del DPR n. 445/2000 (autocertificazioni), **utilizzando esclusivamente** il fac-simile allegato al presente avviso, datato e firmato;
* certificazione del Direttore Sanitario relativa alla specifica attività professionale ex art. 6 DPR 484/1997, attestante la casistica delle attività degli ultimi 10 anni nella disciplina a concorso (in relazione a tale documento, l’art. 15 comma 3 del DPR 484/1997, prevede che: “Fino all'emanazione dei provvedimenti di cui all'articolo 6, comma 1, per l'incarico di secondo livello dirigenziale si prescinde dal requisito della specifica attività professionale”.
* elenco in carta semplice, dei documenti e dei titoli presentati (anche esso datato e firmato);
* elenco in carta semplice, numerato delle proprie pubblicazioni edite a stampa e fotocopia delle stesse (anche esso datato e firmato);
* originale o scansione di quietanza comprovante l’avvenuto versamento della tassa di ammissione al concorso **non rimborsabile** di Euro 10,33=;
* copia documento di identità.

**ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL’AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA**

**“UOC VIGILANZA STRUTTURE SANITARIE”**

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presenta, per la valutazione delle proprie attività, il seguente curriculum formativo e professionale quale allegato alla domanda di partecipazione al concorso.

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità**:

* di essere consapevole delle sanzioni penali in cui s’incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dagli articoli **46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445\2000** e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera;
* di essere a conoscenza **dell’art. 75 del DPR 445/2000**, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l’ATS Città Metropolitana Milano, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.
* di essere in possesso dei seguenti titoli:

**TITOLI DI STUDIO**

**(laurea/specializzazione/master universitari (I e II livello) / dottorato di ricerca/Corsi Perfezionamento Universitari)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| titolo di studio | Data conseguimento edurata | *Conseguito presso Università* |
|  | /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/Durata\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/Durata\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/Durata\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI**

**Seguire attentamente le istruzioni:**

**Numerare progressivamente ed elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, allegandone copia, in carta semplice. Nelle copie delle pubblicazioni allegate dovrà essere riportata la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione avendo, inoltre, cura di evidenziare il proprio nominativo. Indicare solo le pubblicazioni degli ultimi dieci anni e attinenti all’incarico per cui si concorre.**

Di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni allegate, in copia semplice, alla

presente dichiarazione:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N. | TITOLO PUBBLICAZIONE | DATA PUBBLICAZIONE |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

Seguire attentamente le istruzioni:

**Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA** (tempo indeterminato o determinato)

presso **STRUTTURE PUBBLICHE**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo Autocertificato

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE PUBBLICO**Denominazione*  |  DAL(gg/mm/aa) | AL(gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica (Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento* | *Impegno**orario**settimanale (se part-time indicare la percentuale)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Interruzione dal servizio: dal/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Interruzione dal servizio: dal/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato.**

**Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: “…dal maggio 2000 al giugno 2001”… oppure “dall’anno 2000 all’anno 2001”.**

**Incarichi di Responsabilità (ex art 18 e 27 CCNL 08.06.2000 o art.22 CCNL Area Sanità 2016-2018)**

**presso STRUTTURE PUBBLICHE**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo Autocertificato

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE**Denominazione*  |  DAL(gg/mm/aa) | AL(gg/mm/aa) | *Tipologia (Direttore Dipartimento, Direttore Struttura Complessa, Responsabile Struttura Semplice, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale, Incarico Direttore Struttura Complessa ai sensi art 22, comma 5 CCNL Area della Sanità del 19 dicembre 2019, ecc.)* | Denominazione Incarico (fare breve descrizione) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Interruzione dal servizio: dal/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Interruzione dal servizio: dal/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato.**

**Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: “…dal maggio 2000 al giugno 2001”… oppure “dall’anno 2000 all’anno 2001”.**

**Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA** (tempo indeterminato o determinato)

presso **STRUTTURE PRIVATE**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *DATORE DI LAVORO PRIVATO**Denominazione**Sede* |  DAL(gg/mm/aa) |  AL(gg/mm/aa) | *Indicare esatta Qualifica di**inquadramento e livello contrattuale* Indicare il C.C.N.L. di riferimento | Indicare la mansione svolta | *Impegno**orario**settimanale (se part-time indicare la percentuale)* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Interruzione dal servizio: dal/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Interruzione dal servizio: dal/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato.**

**Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: “…dal maggio 2000 al giugno 2001”… oppure “dall’anno 2000 all’anno 2001”.**

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA**

**/ COLLABORAZIONE OCCASIONALE**

presso **STRUTTURE PUBBLICHE**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE**Denominazione e sede* |  *DAL*(gg/mm/aa) |  *AL*(gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica**di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***Tipologia contratto****:* *Libero Professionale* *.Co.Co.co**Consulenza/ Collaborazione Occasionale* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE**Denominazione* *sede* |  *DAL*(gg/mm/aa) |  *AL*(gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***Tipologia contratto****:* *Libero Professionale* *.Co.Co.co**Consulenza/ Collaborazione Occasionale* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE**Denominazione* *sede* |  *DAL*(gg/mm/aa) |  *AL*(gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica**di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***Tipologia contratto****:* *Libero Professionale* *.Co.Co.co**Consulenza/ Collaborazione Occasionale* |  |

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato.**

**Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: “…dal maggio 2000 al giugno 2001”… oppure “dall’anno 2000 all’anno 2001”.**

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA**

**COLLABORAZIONE OCCASIONALE**

presso **STRUTTURE PRIVATE**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE**Denominazione e sede* |  *DAL*(gg/mm/aa) |  *AL*(gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica**di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***Tipologia contratto****:* *Libero Professionale* *.Co.Co.co**Consulenza/ Collaborazione Occasionale* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE**Denominazione e sede* |  *DAL*(gg/mm/aa) |  *AL*(gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica**di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***Tipologia contratto****:* *Libero Professionale* *.Co.Co.co**Consulenza/ Collaborazione Occasionale* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE**Denominazione e sede* |  *DAL*(gg/mm/aa) |  *AL*(gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica**di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***Tipologia contratto****:* *Libero Professionale* *.Co.Co.co**Consulenza/ Collaborazione Occasionale* |  |

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato.**

**Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: “…dal maggio 2000 al giugno 2001”… oppure “dall’anno 2000 all’anno 2001”.**

**BORSA DI STUDIO**

**CONTRATTI DI RICERCA, DOTTORATO DI RICERCA**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipologia | Ente erogatore | Oggetto dell’incarico conferito, breve descrizione delle mansioni svolte | Data inizio e fine gg/mm/aa |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**Seguire attentamente le istruzioni:**

**ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE**

**l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato. Indicare solo i corsi aggiornamento degli ultimi dieci anni e che siano attinenti all’incarico per cui si concorre. Se il candidato allega anche la copia degli attestati, dovrà numerare progressivamente le copie degli attestati riportando la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione.**

**Dichiaro di aver partecipato alla seguente attività di aggiornamento e formazione:**

**N.1:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia evento (specificare e barrarecasella interessata) | □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO□ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Titolo dell’evento |  |
| In qualità di | □ RELATORE □ PARTECIPANTE |
| Ente organizzatore |  |
| Data |  |
| Durata | Giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Specificare se l’attività formativa è**ECM** | si □ - no □ |
| Specificare se con test o esame finale | si □ - no □ |

**N.2:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia evento (specificare e barrarecasella interessata) | □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO□ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Titolo dell’evento |  |
| In qualità di | □ RELATORE □ PARTECIPANTE |
| Ente organizzatore |  |
| Data |  |
| Durata | Giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Specificare se l’attività formativa è**ECM** | si □ - no □ |
| Specificare se con test o esame finale |  si □ - no □ |

**N.3:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia evento (specificare e barrarecasella interessata) | □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO□ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Titolo dell’evento |  |
| In qualità di | □ RELATORE □ PARTECIPANTE |
| Ente organizzatore |  |
| Data |  |
| Durata | Giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Specificare se l’attività formativa è**ECM** | si □ - no □ |
| Specificare se con test o esame finale | si □ - no □ |

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**ATTIVITÀ DIDATTICA (materie attinenti la posizione da conferire)**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Di avere svolto le sottoelencate attività didattiche, in qualità di docente o di tutor:

1) Scuole universitarie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A.A.*ovvero* ore insegnamento | Università | Materia | In qualità diDocenteo Tutor |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

2) Istituti pubblici e/o scuole professionali del SSN:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A.A.*ovvero* oreinsegnamento | Ente / Istituto  | Materia | In qualità diDocenteo Tutor |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

3) Corsi di formazione privati:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ente / Istituto  | Corso di Studi | Materia | n. ore insegnamento |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Ulteriori attività**

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE** |
|  |
|  |
|  |

**Ulteriori dichiarazioni**

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si allega fotocopia di valido documento di identità.**

Ai sensi del D.Lgs 196/03, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.