

Al Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante
ASL Avellino

Domanda di partecipazione alla procedura valutativa per affidamento di incarichi didattici per il CdL in Fisioterapia - a.a. 2024/2025, 2025/2026 – Sedi esterne di formazione ASL Avellino

Il/la sottoscritto/a _____

C H I E D E

di essere ammesso _____ alla procedura valutativa, per titoli, diretta al conferimento di n. 1 incarico di insegnamento in _____

C.I. _____

SSD _____ Cod. Attività _____ CFU _____ n.ore _____ A/S _____ / _____ Sede
ASL Avellino per il corso di Laurea in Fisioterapia per gli a.a. 2024/2025, 2025/2026.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

- consapevole che questa Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese,
- consapevole che qualora le sottoindicate dichiarazioni dovessero risultare, anche parzialmente, non conformi al vero, sarà escluso dalla procedura selettiva,
- consapevole, altresì, della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del predetto D.P.R.

DICHIARA

- che i propri dati anagrafici sono i seguenti:

Cognome _____

Nome _____ Codice Fiscale _____

nat. a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____

cittadinanza _____ residente a _____

Prov. _____ in Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dal bando;
- di essere dipendente di ruolo della Struttura ASL Avellino;
- di essere iscritto all'Ordine Professionale _____ dal _____
- di essere in possesso della Laurea triennale specialistica/magistrale in _____

conseguita presso _____
in data ____ / ____ / ____

con votazione ____ / ____ ovvero di titolo equipollente _____
conseguito presso _____
in data ____ / ____ / ____ con votazione ____ / ____

- di essere in possesso di:

Dottorato di ricerca in _____
di durata _____ conseguito presso _____
in data ____ / ____ / ____ ovvero di titolo equipollente _____
conseguito presso _____ in data ____ / ____ / ____
con votazione ____ / ____

Diploma di Specializzazione in _____
di durata _____ conseguito presso _____
in data _____ ovvero di titolo
equipollente _____
conseguito presso _____ in data ____ / ____ / ____
con votazione ____ / ____

Diploma di Master di _____ livello in _____
di durata _____ conseguito presso _____
in data ____ / ____ / ____ ovvero di titolo equipollente _____
conseguito presso _____

in data ____ / ____ / ____ con votazione ____ / ____
 Certificazione linguistica attestante la competenza della lingua inglese
livello _____ conseguito presso _____ con votazione _____

dei seguenti altri titoli

della sottoriportata esperienza didattica universitaria – ultimi 5 anni accademici (*specificare tipologia di corso/insegnamento/anno accademico di conferimento*)

(specificare se l'incarico di insegnamento è nello stesso SSD oggetto dell'incarico per il quale si presenta istanza e nello stesso corso di laurea; se l'incarico di insegnamento è nello stesso SSD ma per altri CCdL; se l'incarico di insegnamento è in SSD diversi)

- di possedere, ai fini della valutazione, le sottoelencate pubblicazioni scientifiche (research article, review, capitoli e monografie) su temi pertinenti al SSD oggetto di incarico su riviste indicizzate WOS, Pubmed, Scopus (con indicazioni del doi):

- di possedere le sottoelencate esperienze professionali (ultimi 5 anni accademici):

- coordinamento delle attività teorico pratiche e di tirocinio pertinente al CdL di Fisioterapia dal _____ al _____
- figura specialistica aggiuntiva a.a. _____
- esperienza lavorativa presso aziende del SSN _____

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa ed autorizza il trattamento dei propri dati personali per dette finalità.

(Luogo e Data) _____

Firma _____

Allega:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Curriculum vitae, debitamente firmato, in formato europeo, recante la dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 attestante la veridicità delle dichiarazioni ivi contenute. Nel C.V. dovranno essere contenuti i dati anagrafici completi (nome, cognome, residenza, codice fiscale, e-mail, recapito telefonico ecc);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi degli art. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 attestante il rapporto di dipendenza da codesta azienda (*All. 2*);
- Dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità e di inconferibilità (*All.3*);
- Programma dettagliato del corso di insegnamento che il candidato intende erogare.

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni (*indicare solo se diverso dalla residenza*):

presso

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____