

BANDO DI CONCORSO PUBBLICO, (n. 2141 prot. del 2 settembre 2016)
PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 3 POSTI DI INFERMIERE - AREA 3^ - CON
CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO, AD ORARIO PIENO - (Categoria C, posizione economica C1-
CCNL dei dipendenti delle Regioni e delle AA. LL.)

ALLEGATO N. 2)

FAC SIMILE DICHIARAZIONE TITOLI POSSEDUTI
(ART. 46 E 47 DEL DPR.445/2000)

da presentare da parte dei soli candidati ammessi alla prova orale

Il/La sottoscritt _____ nato/a

a _____ Il _____

residente a _____ in via _____

_____ n _____, in relazione alla domanda di partecipazione al concorso in oggetto, ai fini della valutazione dei titoli posseduti e delle attività svolte, presenta la seguente dichiarazione sostitutiva;

a tal fine, **dichiara** sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del dpr. 445 del 28.12.2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

-di essere a conoscenza dell'art.75 del DPR.445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'IPAB, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione;

-di essere in possesso dei seguenti titoli:

TITOLI DI SERVIZIO

Servizi prestati nel profilo di INFERMIERE con rapporto di dipendenza (tempo determinato o indeterminato) presso strutture PUBBLICHE

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** _____
-Indirizzo Ente e n. telefonico _____
-Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) _____
-Servizio dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Profilo professionale _____ Categoria _____ Pos.Econ. _____
-Tempo determinato (SI) (barrare la casella se del caso)
-Tempo indeterminato (SI) (barrare la casella se del caso)
-Tempo pieno (SI) (barrare la casella se del caso) ore settimanali _____
-Tempo parziale (SI) (barrare la casella se del caso) _____ % (ore settimanali _____ su ore _____)
-Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)

continua

Servizi prestati nel profilo di INFERMIERE con rapporto di dipendenza (tempo determinato o indeterminato) presso strutture PUBBLICHE

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** _____
 -Indirizzo Ente e n. telefonico _____
 -Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) _____
 -Servizio dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
 -Profilo professionale _____ Categoria _____ Pos.Econ. _____
 -Tempo determinato (SI) (barrare la casella se del caso)
 -Tempo indeterminato (SI) (barrare la casella se del caso)
 -Tempo pieno (SI) (barrare la casella se del caso) ore settimanali _____
 -Tempo parziale (SI) (barrare la casella se del caso) _____ % (ore settimanali _____ su ore _____)
 -Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
 -Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** _____
 -Indirizzo Ente e n. telefonico _____
 -Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) _____
 -Servizio dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
 -Profilo professionale _____ Categoria _____ Pos.Econ. _____
 -Tempo determinato (SI) (barrare la casella se del caso)
 -Tempo indeterminato (SI) (barrare la casella se del caso)
 -Tempo pieno (SI) (barrare la casella se del caso) ore settimanali _____
 -Tempo parziale (SI) (barrare la casella se del caso) _____ % (ore settimanali _____ su ore _____)
 -Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
 -Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** _____
 -Indirizzo Ente e n. telefonico _____
 -Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) _____
 -Servizio dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
 -Profilo professionale _____ Categoria _____ Pos.Econ. _____
 -Tempo determinato (SI) (barrare la casella se del caso)
 -Tempo indeterminato (SI) (barrare la casella se del caso)
 -Tempo pieno (SI) (barrare la casella se del caso) ore settimanali _____
 -Tempo parziale (SI) (barrare la casella se del caso) _____ % (ore settimanali _____ su ore _____)
 -Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
 -Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** _____
 -Indirizzo Ente e n. telefonico _____
 -Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) _____
 -Servizio dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
 -Profilo professionale _____ Categoria _____ Pos.Econ. _____
 -Tempo determinato (SI) (barrare la casella se del caso)
 -Tempo indeterminato (SI) (barrare la casella se del caso)
 -Tempo pieno (SI) (barrare la casella se del caso) ore settimanali _____
 -Tempo parziale (SI) (barrare la casella se del caso) _____ % (ore settimanali _____ su ore _____)
 -Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
 -Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)

Qualora necessiti è possibile duplicare la tabella quanto serve.

Servizi prestati nel profilo di INFERMIERE con rapporto di dipendenza (tempo determinato o indeterminato) presso strutture PRIVATE.

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

-Datore di lavoro privato _____
-Indirizzo e n. telefonico _____
-dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Profilo professionale _____ N.matricola _____
-Mansioni _____
-Livello di inquadramento _____ Contratto di lavoro applicato _____
-Come dipendente a Tempo determinato (SI) (barrare la casella se del caso)
-Come dipendente a Tempo indeterminato (SI) (barrare la casella se del caso)
-Come dipendente a Tempo pieno (SI) (barrare la casella se del caso); ore settim. _____
-Come dipendente a Tempo parziale (SI) (barrare la casella se del caso) % _____ ore
settimanali lavorate _____ su _____ ore a tempo pieno
-Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)

-Datore di lavoro privato _____
-Indirizzo e n. telefonico _____
-dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Profilo professionale _____ N.matricola _____
-Mansioni _____
-Livello di inquadramento _____ Contratto di lavoro applicato _____
-Come dipendente a Tempo determinato (SI) (barrare la casella se del caso)
-Come dipendente a Tempo indeterminato (SI) (barrare la casella se del caso)
-Come dipendente a Tempo pieno (SI) (barrare la casella se del caso); ore settim. _____
-Come dipendente a Tempo parziale (SI) (barrare la casella se del caso) % _____ ore
settimanali lavorate _____ su _____ ore a tempo pieno
-Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)

-Datore di lavoro privato _____
-Indirizzo e n. telefonico _____
-dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Profilo professionale _____ N.matricola _____
-Mansioni _____
-Livello di inquadramento _____ Contratto di lavoro applicato _____
-Come dipendente a Tempo determinato (SI) (barrare la casella se del caso)
-Come dipendente a Tempo indeterminato (SI) (barrare la casella se del caso)
-Come dipendente a Tempo pieno (SI) (barrare la casella se del caso); ore settim. _____
-Come dipendente a Tempo parziale (SI) (barrare la casella se del caso) % _____ ore
settimanali lavorate _____ su _____ ore a tempo pieno
-Periodi di interruzione dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)

Qualora necessari è possibile duplicare la tabella quanto serve.

Servizi prestati in regime convenzionale - Attività prestata come INFERMIERE

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

-Struttura/Ente _____
-Indirizzo e n. telefonico _____
-dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Per un totale complessivo di ore _____; ovvero per n. ore settimanali _____

-Struttura/Ente _____
-Indirizzo e n. telefonico _____
-dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Per un totale complessivo di ore _____; ovvero per n. ore settimanali _____

-Struttura/Ente _____
-Indirizzo e n. telefonico _____
-dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Per un totale complessivo di ore _____; ovvero per n. ore settimanali _____

-Struttura/Ente _____
-Indirizzo e n. telefonico _____
-dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Per un totale complessivo di ore _____; ovvero per n. ore settimanali _____

-Struttura/Ente _____
-Indirizzo e n. telefonico _____
-dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Per un totale complessivo di ore _____; ovvero per n. ore settimanali _____

-Struttura/Ente _____
-Indirizzo e n. telefonico _____
-dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Per un totale complessivo di ore _____; ovvero per n. ore settimanali _____

Qualora necessari è possibile duplicare la tabella quanto serve.

**Servizi prestati come INFERMIERE con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI /
CO.CO.CO. / CONSULENZA / COLLABORAZIONI OCCASIONALI presso
STRUTTURE PUBBLICHE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** _____
-Indirizzo Ente e n. telefonico _____
-Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) _____
-Servizio dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Attività svolta:
() LIBERO PROFESSIONISTA - () CO.CO.CO. - () CONSULENZA; - () COLLABORAZIONE OCCASIONALE

-Impegno orario medio settimanale _____
-Ulteriori informazioni che il candidato riferisce al fine di meglio illustrare l'attività svolta _____

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** _____
-Indirizzo Ente e n. telefonico _____
-Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) _____
-Servizio dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Attività svolta:
() LIBERO PROFESSIONISTA - () CO.CO.CO. - () CONSULENZA; - () COLLABORAZIONE OCCASIONALE

-Impegno orario medio settimanale _____
-Ulteriori informazioni che il candidato riferisce al fine di meglio illustrare l'attività svolta _____

-Denominazione **ENTE PUBBLICO** _____
-Indirizzo Ente e n. telefonico _____
-Comparto (es. Enti locali, SSN., Stato...) _____
-Servizio dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
-Attività svolta:
() LIBERO PROFESSIONISTA - () CO.CO.CO. - () CONSULENZA; - () COLLABORAZIONE OCCASIONALE

-Impegno orario medio settimanale _____
-Ulteriori informazioni che il candidato riferisce al fine di meglio illustrare l'attività svolta _____

Qualora necessari è possibile duplicare la tabella quanto serve.

SERVIZI PRESTATI NELL'AMBITO DI PROGETTI DI SERVIZIO CIVILE O COME MILITARE

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Servizio Civile

-Denominazione Ente Promotore _____
-Indirizzo Ente e n. telefonico _____
-Sede di servizio _____
-Descrizione del progetto e tipologia dell'intervento _____

-Posizione/Qualifica rivestita/Attività svolta _____

-durata dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)
Impegno orario settimanale _____

Servizio militare di leva

-in costanza di rapporto di lavoro (SI) - (NO) - dal ____/____/____/ al ____/____/____/
-presso il _____
-incarico svolto _____
-con il grado di _____
-Distretto Militare di _____

Servizio militare

-richiamo alle armi (), ferma volontaria (), rafferma ()
-in costanza di rapporto di lavoro (SI) - (NO) - dal ____/____/____/ al ____/____/____/
-presso il _____
-incarico svolto _____
-con il grado di _____
-Distretto Militare di _____

Qualora necessari è possibile duplicare la tabella quanto serve.

TITOLI DI STUDIO

***Oltre a quello dichiarato nella domanda di ammissione attinenti al posto a concorso di
INFIERMIERE***

Laurea / specializzazione / master universitari I e II livello / dottorato di ricerca)
L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

TITOLO DI STUDIO	DATA CONSEGUIMENTO, DURATA E VALUTAZIONE	CONSEGUITO PRESSO	Conseguito all'estero* Barrare se del caso Si No
	/___/___/___/ Durata _____ Punteggio____SU____		Si No
	/___/___/___/ Durata _____ Punteggio____SU____		Si No
	/___/___/___/ Durata _____ Punteggio____SU____		Si No
	/___/___/___/ Durata _____ Punteggio____SU____		Si No

* Nel caso in cui il titolo di studio risulti conseguito all'estero, indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza al corrispondente titolo di studio italiano:

N. _____ DEL _____ Autorità che ha rilasciato il provvedimento _____

Qualora necessari è possibile duplicare la tabella quanto serve.

**BORSA DI STUDIO (senza aver conseguito il relativo titolo di studio)
 CONTRATTI DI RICERCA, DOTTORATO DI RICERCA (se non ancora concluso)
 attinenti al posto a concorso di INFERMIERE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Tipologia	Ente erogatore	Materia/disciplina	Data esatta gg/mm/aa
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____

Qualora necessiti è possibile duplicare la tabella quanto serve.

TITOLI VARI

PUBBLICAZIONI

(Solo se attinenti alla professionalità del posto da conferire di INFERMIERE, numerare progressivamente ed elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, **allegandone l'originale o copia conforme. 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).**

Di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni allegate, in originale o copia, alla presente dichiarazione e **che tali copie sono conformi agli originali** :

N.	DESCRIZIONE
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	

Qualora necessari è possibile duplicare la tabella quanto serve.

**ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE
attinenti al posto a concorso di INFERMIERE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

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

Tipologia dell'evento (specificare e barrare la casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ Ore giorno _____ Tot. ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare se con test o esame finale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Tipologia dell'evento (specificare e barrare la casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	Giorni _____ Ore giorno _____ Tot. ore _____
Durata	
Specificare se l'attività formativa è ECM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare se con test o esame finale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Tipologia dell'evento (specificare e barrare la casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ Ore giorno _____ Tot. ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare se con test o esame finale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Qualora necessari è possibile duplicare la tabella quanto serve.

ATTIVITA' DIDATTICA (materie attinenti la posizione da conferire: INFERMIERE)

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Dichiaro di aver svolto le sotto elencate attività didattiche, in qualità di docente o di tutor:

1) Scuole universitarie o istituti scientifici:

Anno Accademico ore insegnamento settimanali	Ente/Istituto	Materia	In qualità di docente o Tutor

2) Istituti pubblici :

Anno Accademico ore insegnamento settimanali	Ente/Istituto	Materia	In qualità di docente o Tutor

3) Corsi di formazione privati:

Anno Accademico ore insegnamento settimanali	Ente/Istituto	Materia	In qualità di docente o Tutor

Qualora necessiti è possibile duplicare la tabella quanto serve.

Allega fotocopia di un documento di identità personale in corso di validità.

Ai sensi del d. lg. vo 196/2003, accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti ed obblighi di legge.

Data _____

Firma _____