



CRISS

Centro Interdipartimentale per la ricerca
sull'integrazione socio-sanitaria

AII. "A"

al Bando del 23/09/2011 Prot. N. 177 Affisso il 26/09/2011

SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO individuale con contratto di lavoro autonomo di natura occasionale PRESSO IL CRISS – FACOLTA' DI ECONOMIA "G. FUÀ" - UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE per lo svolgimento della seguente attività:

"1. partecipazione alla raccolta di storie di vita e di malattia di persone con problematiche cardiologiche gravi e con Broncopatia ostruttiva cronica (BPCO) presso l'Azienda ospedaliera universitaria Ospedali Riuniti di Ancona e presso l'Azienda San Salvatore di Pesaro; 2. partecipazione alla stesura delle interviste effettuate".

Al Direttore del CRISS
c/o Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali
Facoltà di Economia "G. Fua"
Università Politecnica delle Marche
Piazzale Martelli n. 8
60121 - ANCONA

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____, nato/a a (luogo di nascita) _____ il (data di nascita) _____ chiede di essere ammesso_ alla selezione per *titoli e colloquio* per l'affidamento di un incarico individuale con contratto di lavoro autonomo di natura occasionale per lo svolgimento dell'attività specificata nel bando nell'ambito della Convenzione di Ricerca dal titolo: *"Integrating palliative care into care of life-threatening non malignant disease: equity of access to palliative care for severe advanced heart failure (HF) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A methodological development and feasibility study"* di cui il Responsabile Scientifico è la Prof.ssa Maria Giovanna Vicarelli presso il CRISS dell'Università Politecnica delle Marche.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste dal Codice Penale e dalle leggi in materia, in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, dichiara, ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del d.p.r. 445/2000 e s.m.i.:

A) di essere residente nel comune _____ (PROV.) _____
VIA _____ C.A.P. _____

B) di essere in possesso della cittadinanza italiana;

C) (SOLO PER CITTADINI U.E.) di essere in possesso della cittadinanza dello STATO MEMBRO DELL'UNIONE EUROPEA (indicare quale) _____ e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

D) di essere in possesso del TITOLO di STUDIO¹ richiesto nel bando:

Diploma di Laurea (specificare tipo *magistrale, specialistica, vecchio ordinamento*)

_____ conseguito in data _____
presso _____ con votazione _____;

¹ Qualora i caratteri della prestazione rientrano nelle ipotesi derogatorie del 2° capoverso del comma 6 dell'art.7 D. Lgs.165/2001, va inserito il titolo di studio e/o professionale corrispondente.

CENTRO INTERDIPARTIMENTALE PER LA RICERCA SULL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Università Politecnica delle Marche • Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali

Piazzale Martelli, 8 • 60121 Ancona •

tel. 071/220.7236 – 071/220.7095-071/220.7094 • fax 071/220.7102

Direttore Scientifico Prof.ssa Maria Giovanna Vicarelli • tel. 071/220.7155



CRISS

Centro Interdipartimentale per la ricerca
sull'integrazione socio-sanitaria

NEL CASO LAUREA CONSEGUITA ALL'ESTERO:

Diploma di Laurea in (*specificare*) _____

conseguito in data _____

presso _____ con votazione _____;

E) di possedere i seguenti requisiti professionali COSI' COME RICHIESTI NEL BANDO (*specificare*) _____;

F) di possedere le competenze COSI' COME RICHIESTI NEL BANDO (*specificare*) _____;

G) di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente selezione al SEGUENTE indirizzo:

VIA _____;

COMUNE _____ (PROV.) _____

C.A.P. _____ TELEFONO _____ CELL. _____

e-mail _____;

Dichiara di essere consapevole, in caso di vincita, che l'efficacia del contratto che va a stipulare è subordinata all'esito positivo del controllo preventivo di legittimità. Nulla può pretendere in caso di esito negativo.

DICHIARO DI ESSERE INFORMATO, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI AL D. Lgs. n. 196 DEL 30.06.2003, CHE I DATI PERSONALI RACCOLTI SARANNO TRATTATI ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA DICHIARAZIONE VIENE RESA.

Data _____ Firma autografa(*) _____

(*) Se la dichiarazione è consegnata personalmente al funzionario addetto, la firma autografa dovrà essere apposta in sua presenza.

Se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi dovrà essere sottoscritta con firma autografa dal candidato che dovrà, inoltre, allegare alla stessa fotocopia semplice di un documento di identità.

ALLEGA:

- dettagliato *CURRICULUM vitae*

CENTRO INTERDIPARTIMENTALE PER LA RICERCA SULL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Università Politecnica delle Marche • Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali

Piazzale Martelli, 8 • 60121 Ancona •

tel. 071/220.7236 – 071/220.7095-071/220.7094 • fax 071/220.7102

Direttore Scientifico Prof.ssa Maria Giovanna Vicarelli • tel. 071/220.7155



CRISS

Centro Interdipartimentale per la ricerca
sull'integrazione socio-sanitaria

AII. "B"

al Bando del 23/09/2011 Prot. N. 177 Affisso il 26/09/2011

SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO individuale con contratto di lavoro autonomo di natura occasionale PRESSO IL CRISS – FACOLTA' DI ECONOMIA "G. FUÀ" - UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE per lo svolgimento della seguente attività:

"1. partecipazione alla raccolta di storie di vita e di malattia di persone con problematiche cardiologiche gravi e con Broncopatia ostruttiva cronica (BPCO) presso l'Azienda ospedaliera universitaria Ospedali Riuniti di Ancona e presso l'Azienda San Salvatore di Pesaro; 2. partecipazione alla stesura delle interviste effettuate".

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (ART. 47 D.P.R. N. 445/2000)

Con riferimento alla domanda di partecipazione per la selezione sopra indicata, il/la sottoscritto/anato/a a (provincia.....) il, residente in (provincia), via/c.so/p.zza n., c.a.p., DICHIARA

ai sensi dell' art. 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

Che le seguenti fotocopie allegate sono conformi agli originali in mio possesso (elencare le fotocopie allegate):

- _____
- _____
- _____
- _____

Data _____ Firma autografa(*) _____

(*) Se la dichiarazione è consegnata personalmente al funzionario addetto, la firma autografa dovrà essere apposta in sua presenza.

Se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi dovrà essere sottoscritta con firma autografa dal candidato che dovrà, inoltre, allegare alla stessa fotocopia semplice di un documento di identità.

CENTRO INTERDIPARTIMENTALE PER LA RICERCA SULL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Università Politecnica delle Marche • Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali

Piazzale Martelli, 8 • 60121 Ancona •

tel. 071/220.7236 – 071/220.7095-071/220.7094 • fax 071/220.7102

Direttore Scientifico Prof.ssa Maria Giovanna Vicarelli • tel. 071/220.7155