**Allegato A**

**Al Direttore Dipartimento Ricerca e Tecnologie Avanzate IFO**

**risorseumane@cert.ifo.it**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

CF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente di questi Istituti con la qualifica di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_disciplina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto all’Ordine dei Medici al n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANIFESTA L’INTERESSE**

al conferimento dell'incarico di **Responsabile della Unità Operativa Semplice Dipartimentale Fisica Medica e Sistemi Esperti presso il Dipartimento Ricerca e Tecnologie avanzate**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e per le ipotesi di falsità in atti, consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e smi, di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:

* Laurea in Fisica
* Specializzazione in Fisica Medica
* Essere dipendenti a tempo indeterminato da almeno 5 anni.
* Aver superato positivamente la valutazione del Collegio tecnico nella disciplina inerente l’incarico da ricoprire o disciplina equipollente

Essere in possesso delle seguenti competenze:

* Documentata esperienza nelle attività in
* pianificazione terapeutica, sviluppo di nuove applicazioni e tecnologie e controllo di qualità delle apparecchiature della Radioterapia;
* controllo di qualità delle apparecchiature di Radiodiagnostica;
* irraggiamenti di emoderivati e preparati cellulari;
* controllo dell'impiego dei laser nelle attività cliniche.
* Capacità organizzative delle attività proprie della UOSD
* Capacità di realizzazione degli obiettivi assegnati
* Capacità di lavoro di gruppo e leadership positiva
* Alto valore della ricerca (Impact factor/H Index).

Allega i seguenti documenti:

* curriculum vitae, datato, firmato redatto in forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000, contenente l'autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili ivi contenuti
* dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità;
* fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
* altra documentazione ritenuta utile ......... (*specificare analiticamente la eventuale ulteriore documentazione allegata*)

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_