**Allegato A**

**Al Direttore Dipartimento Clinica e Ricerca Dermatologica 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 Fototerapia e Fotobiologia all’interno della UOC Dermatologia clinica presso il Dipartimento Clinica e Ricerca dermatologica**

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 Medicina e Chirurgia
* Specialità in Dermatologia;
* Avere un’anzianità di servizio di almeno 5 anni;
* Aver superato positivamente la valutazione al termine dei cinque anni di servizio da parte del relativo Collegio tecnico nella disciplina inerente l’incarico da ricoprire o disciplina equipollente.

Essere in possesso delle seguenti competenze

* Capacità organizzazione delle attività proprie della UO
* Documentata esperienza in particolare sulle attività afferenti all’ambulatorio specialistico di Fototerapia e dell’ambulatorio specialistico per la vitiligine; sui trattamenti in piano terapeutico o richieste di specialisti in ordine a patologie cutanee fotosensibili;
* Capacità di programmazione dello sviluppo e dell’attrattività della UO
* Capacità di realizzazione degli obiettivi assegnati
* Capacità di lavoro di gruppo e leadership positiva
* Alto valore della ricerca (Impact factor/HIndex).

Allega i seguenti documenti:

1. 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
2. dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità;
3. fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
4. altra documentazione ritenuta utile ......... (*specificare analiticamente la eventuale ulteriore documentazione allegata*)

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