



*Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria-Azienda Zero*

*C.F. 97110000797/ P. Iva 03904040791*

## ALLEGATO

### SCHEDA DI SINTESI PER LA VALUTAZIONE DEI TITOLI E DELLE COMPETENZE

Io sottoscritto/a

**Nome e Cognome:** \_\_\_\_\_

**Luogo e Data di Nascita:** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale:** \_\_\_\_\_

**Residenza:** \_\_\_\_\_

**Recapito Telefonico:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo E-mail:** \_\_\_\_\_

**PEC (obbligatoria):** \_\_\_\_\_

**Professione:** \_\_\_\_\_

**Titolo di Studio:** \_\_\_\_\_

### DICHIARA

per il profilo professionale di:

**ESPERTO**

**RICERCATORE SENIOR**

di essere in possesso dei seguenti titoli e competenze, richieste nell'Avviso:

### ELEMENTI DI VALUTAZIONE PREVISTI DALL'AVVISO

#### 1. TITOLI DI STUDIO E FORMATIVI (MAX 15 PUNTI)

##### a. Titolo di studio universitario (max 5 punti)

TITOLO DI STUDIO	
Laurea Triennale	<input type="checkbox"/>
Laurea Magistrale	<input type="checkbox"/>



*Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria-Azienda Zero*

*C.F. 97110000797/ P. Iva 03904040791*

Laurea a ciclo unico	<input type="checkbox"/>
Master 1° livello	<input type="checkbox"/>
Master 2° livello	<input type="checkbox"/>

**b. Ulteriori esperienze di formazione (max 10 punti)**

CORSI DI FORMAZIONE/SPECIALIZZAZIONE	ENTE ORGANIZZATORE	ANNO DI CONSEGUIMENTO	PUNTEGGIO

(aggiungere righe in base all'occorrenza)

**2. TITOLI DI CARRIERA E DI SERVIZIO - MAX PUNTI 23**

**a. Titolo di carriera e di servizio (max 20 punti)**

DENOMINAZIONE ENTE PUBBLICO O PRIVATO	DESCRIZIONE - RUOLO	DURATA INCARICO (in mesi)	DAL -AL

(aggiungere righe in base all'occorrenza)



*Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria-Azienda Zero*

*C.F. 97110000797/ P. Iva 03904040791*

**b. Titolo di carriera e di servizio organizzazioni internazionali (max 3 punti)**

DENOMINAZIONE ENTE PUBBLICO O PRIVATO	DESCRIZIONE - RUOLO	DURATA INCARICO (in mesi)	DAL -AL

**3. PUBBLICAZIONI DI CARATTERE SCIENTIFICO/DIVULGATIVO - MAX PUNTI 2**

TITOLO PUBBLICAZIONE	TIPOLOGIA	ANNO
	Autore co/autore <input type="checkbox"/>	
	Contributo (articolo) in rivista <input type="checkbox"/>	
	Contributo in atti di convegno su rivista <input type="checkbox"/>	
	Autore co/autore <input type="checkbox"/>	
	Contributo (articolo) in rivista <input type="checkbox"/>	
	Contributo in atti di convegno su rivista <input type="checkbox"/>	
	Autore co/autore <input type="checkbox"/>	
	Contributo (articolo) in rivista <input type="checkbox"/>	
	Contributo in atti di convegno su rivista <input type="checkbox"/>	
	Autore co/autore <input type="checkbox"/>	
	Contributo (articolo) in rivista <input type="checkbox"/>	
	Contributo in atti di convegno su rivista <input type="checkbox"/>	

(aggiungere righe in base all'occorrenza)

**4. ESPERIENZA IN ORGANISMI CONSULTIVI DI ISTITUZIONI PUBBLICHE, PRIVATE O DI ORGANISMI INTERNAZIONALI - MAX PUNTI 5**

DENOMINAZIONE ENTE	DESCRIZIONE - RUOLO	DURATA INCARICO (in mesi)	DAL -AL

(aggiungere righe in base all'occorrenza)



*Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria-Azienda Zero*

*C.F. 97110000797/ P. Iva 03904040791*

**5. ESPERIENZA IN QUALITÀ DI RELATORE A SIMPOSI SCIENTIFICI O CONFERENZE SUL TEMA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE DA SOSTANZE D'ABUSO E COMPORTAMENTALI - MAX PUNTI 5**

<b>TITOLO EVENTO/CONFERENZA</b>	<b>ENTE ORGANIZZATORE</b>	<b>RUOLO</b>	<b>DATA</b>

(aggiungere righe in base all'occorrenza)

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a si impegna inoltre a fornire tutta la documentazione dimostrante quanto dichiarato su richiesta dell'amministrazione che ha prodotto il presente avviso.

Si autorizza l'Ente, nel rispetto di quanto previsto dal regolamento UE 2016/679 recepito con il D.lgs. n. 101/2018 al trattamento dei propri dati personali per le finalità inerenti allo svolgimento della presente procedura.

Data e luogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile del candidato)