

**OGGETTO:** *MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA PROPOSTA DI INCARICO DI COORDINATORE DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE PRATICHE E DI TIROCINIO PER IL CORSO DI LAUREA IN TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA DELLA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA LUIGI VANVITELLI – SEDE CORSO A.O.R.N. S.G. MOSCATI DI AVELLINO*

**II/La sottoscritto/a**

Nome .....Cognome ..... C.f. ....  
Residente in via.....città (AV)..... prov.....

**MANIFESTA**

il proprio interesse alla nomina di Coordinatore della Attività Teorico Pratiche e di Tirocinio, per il Corso di laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia Università degli Studi L. Vanvitelli – a.a. 2023/24-2024/25-2025/26 presso la sede dell'AORN SG Moscati di Avellino

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

- consapevole che questa Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- consapevole che qualora le sottoindicate dichiarazioni dovessero risultare, anche parzialmente, non conformi al vero, sarà escluso dalla procedura selettiva;
- consapevole, altresì, della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del predetto D.P.R.

**DICHIARA**

sotto la sua personale responsabilità che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero:

**Dati anagrafici sono i seguenti:**

Cognome ..... Nome .....  
Codice fiscale ..... Matricola .....nat... a  
..... Prov. ....  
il ..... /...../ ..... cittadinanza .....  
residente a \_ ..... Prov. .... in Via ..... n.  
.....  
Tel. ....Cell.....  
Indirizzo pec.....

**DICHIARA**

- di non avere in atto controversie con l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"; di non avere rapporti di parentela o affinità entro il 4° grado compreso con docenti e ricercatori del Dipartimento ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli";
- di non trovarsi in una situazione anche potenziale di conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 53, comma 14, D. Lgs. 165/2001;
- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'avviso di manifestazione di interesse; di accettare pienamente le condizioni riportate nell'avviso di manifestazione di interesse;

- di essere disponibile a prestare l'attività descritta in oggetto durante l'orario di servizio e senza compensi aggiuntivi;
- di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità previste dall'art.13, 1° comma, del D.P.R. 11 luglio 1980, n. 382, e successive modifiche ed integrazioni o altre situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente;
- di accettare incondizionatamente tutte le prescrizioni e le regole indicate nell'avviso di manifestazione di interesse per il quale si presenta domanda;
- di essere dipendente di ruolo a tempo indeterminato dell'AORN SG Moscati di Avellino dal ..... e di appartenere al seguente profilo professionale .....
- di essere in possesso della seguente laurea magistrale/specialistica .....
- di possedere una esperienza professionale, non inferiore ai cinque anni, nell'ambito della formazione (*attività didattica universitaria nel CDL in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia, Coordinatore delle attività teoriche pratiche e di tirocinio del CDL in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia, attività di tutoraggio nel Corso di laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia* ) e in particolare:

.....  
 .....  
 .....

**DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI**

	<i>Specificare laurea, diploma, master ecc.. conseguiti, l'Università presso cui sono stati conseguiti, la data di conseguimento, voto</i>
<b>Laurea Specialistica o Magistrale</b>	
<b>Dottorato di ricerca</b>	
<b>Diploma di specializzazione</b>	
<b>Master universitario di 1° Livello</b>	
<b>Master universitario di 2° livello</b>	
<b>Corsi di perfezionamento universitari</b>	
	<i>Specificare insegnamento, corso di laurea, l'anno accademico, Università, ore di lezioni tenute per ciascun insegnamento</i>
<b>Attività didattica universitaria nel Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia</b>	

	<b><i>Specificare anni di svolgimento dell'attività e corso/i di laurea/laurea magistrale nell'ambito del/i quale/i è stata svolta l'attività</i></b>
Incarico di Coordinatore del Corso di Laurea nel profilo professionale oggetto della presente manifestazione di interesse	
Incarico di Coordinatore del Corso di Laurea per il profilo professionale del ruolo sanitario diverso da quello oggetto della presente manifestazione di interesse	
	<b><i>Elencare le tesi di laurea per i quali si è fatto il relatore, l'anno accademico e il CDL</i></b>
Essere stato relatore delle seguenti tesi di laurea CDL Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia	
	<b><i>Specificare anni di esperienza professionale nel profilo di Tecnico di Radiologia</i></b>
Pregressa esperienza professionale nel profilo di Tecnico di Radiologia	
	<b><i>Specificare il periodo di espletamento dell'incarico di Coordinamento per profilo Tecnico di Radiologia (data inizio e data fine)</i></b>
Ricoprire o aver ricoperto l'incarico di Coordinamento per profilo Tecnico di Radiologia	

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 2016/679 e normativa vigente per lo svolgimento e adempimenti della procedura per le finalità alla gestione dell'eventuale rapporto conseguente alla stessa. Autorizzo la trasmissione dei dati all'Università degli Studi della Campania e la pubblicazione del proprio curriculum e dei dati personali sui siti web istituzionali dei due Enti

LUOGO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \* \_\_\_\_\_

La sottoscrizione della domanda è obbligatoria pena l'esclusione.

**Si allega alla presente:**

***copia di un valido documento di riconoscimento.***