**Mod. A docenti universitari - interesse a incarico di uoc presso il polo pontino**

**Al Preside della Facoltà di Farmacia e Medicina Università degli Studi di Roma “La Sapienza”**

In relazione al **Protocollo d’Intesa** Università La Sapienza di Roma - Regione Lazio, sottoscritto il 10.02.2016, il/la sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| ***Generalità* A1** |  |
| **Cognome** | **Nome** |
| **luogo di nascita** | **data di nascita** |

tenuto conto della propria attuale qualifica di:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Specificare qualifica: PO, PA, RIC*  A2** | | | | | | |
| **dal …/…/…** | | **settore scientifico-disciplinare** | | | | |
| **DAI attuale:**  **UO:** | | | **DU:** | | | **apicale [ ]**  **subapicale [ ]** |
| **tel** | **fax** | **Cell** | | **e-mail** | | |
| **Principale Corso d’insegnamento:……………………………………………… CDL……………………………………….............................................................** | | | | | **Sede: ………………………………………...** | |
| **Dichiara di avere svolto attività didattica nel quinquennio 2016/2017- 2020/2021** | | | | | | |

e della/e specializzazione/i conseguita/e in

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Specializzazione/i posseduta/e* A3** | | | |
| **denominazione** | **anno** | **denominazione** | **anno** |
| **1.** |  | **2.** |  |
| **3.** |  | **4.** |  |

**I.** Dichiara il proprio interesse [

|  |  |
| --- | --- |
| ***Opzione* B1** | |
| **al conferimento dell’incarico di Direzione della UOC [** | |
| **afferente al DA** | |
|  |  |
| **e denominata** | |
|  |  |

**II.** Dichiara di aver ricoperto, nel Policlinico Umberto I, Osp. S. Andrea o presso il Polo Pontino, le seguenti **posizioni assistenziali**

|  |  |
| --- | --- |
| ***a. Posizioni ricoperte nelle AOU Policlinico Umberto I/Sant’Andrea e nella ASL di Latina - Polo Pontino ultimi 5 anni [ 2017-2021]* E1** | |
| **Anni** | **Tipo di responsabilità** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **b. *Anzianità ospedaliera complessivamente maturata* E2** | |
| **Anni** | **Tipo di responsabilità** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **c. *Capacità motivare/guidare/valutare i collaboratori ultimi 5 anni [2017-2021]* E3** | | |
| **Anni** | **Valutazione** | **Tipo di responsabilità** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Vedi scheda di valutazione personale firmata dal Collegio Tecnico e controfirmata dal dirigente medico.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **d. *Collaborazione/partecipazione al funzionamento e organizzazione DA o DAI ultimi 5 anni [2017-2021]* E4** | | |
| **Anni** | **Valutazione** | **Tipo di responsabilità** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Vedi scheda di valutazione personale firmata dal Collegio Tecnico e controfirmata dal dirigente medico (come sopra).

**III.** Dichiara di aver svolto la seguente **attività di ricerca scientifica**

(pubblicazioni: da Pub-Med, capitoli di libri con ISBN)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **a. Pubblicazioni scientificheultimi 10 anni [max 15 pubbl, *2011-2021*] G1** | | | | |
|  | ***autori*** | ***titolo*** | ***rivista/libro***  *[Rivista, 2004;* ***35****:164-67]* | ***IF/ ISBN*** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **b. Progetti di ricerca approvati in ambito scientifico ultimi 10 anni *(2011-2021*) G2** | | | |
|  | ***Elencare incarichi ultimi 10 anni*** [Coordinamento di e/o partecipazione a progetti di ricerca Ateneo/Nazionali/Internazionali (indicare l’Ente)] | | **anni (dal … al …)** |
| **1** | |  |  |
| **2** | |  |  |
| **3** | |  |  |
| **4** | |  |  |
| **5** | |  |  |
| **6** | |  |  |
| **7** | |  |  |
| **8** | |  |  |
| **9** | |  |  |
| **10** | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **c. Sturtup/Brevetti registrati ultimi 10 anni [Titolo, data e sigla di registrazione 2011-2021] G3** | | | |
|  | ***autori*** | ***Titolo*** | ***n° brevetto/anno*** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |

**IVa.** Dichiara di aver ricoperto i seguenti incarichi organizzativi in ambito **accademico**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **a. Incarichi organizzativi in ambito scientifico-accademico H** | | | |
|  | ***Elencare incarichi ultimi 10 anni (2011-12/2021-22)*** [Commissioni ministeriali; Preside/Direttore Dipartimento Univ.; Commissioni di Ateneo/Facoltà] | | **anni (dal … al …)** |
| **1** | |  |  |
| **2** | |  |  |
| **3** | |  |  |
| **4** | |  |  |
| **5** | |  |  |
| **6** | |  |  |
| **7** | |  |  |
| **8** | |  |  |
| **9** | |  |  |
| **10** | |  |  |

**IVb.** Dichiara di aver svolto le seguenti attività **didattiche e organizzative didattiche**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **b. Attività didattiche e organizzative didattiche I** | | | |
| ***Elencare incarichi ultimi 10 anni (2011-12/2021-22)***  [Presidente CdL Medicina/CLUPS Coord. semestre/corso integrato o attività integrativa; titolare corso integrato/corso in CL Medicina / Odontoiatria / Biotecn. / Prof. sanitarie; Comitato/docente Sc. Specializzazione; Direttore/docente Master; Dottorato; Presid./Coord./Direttore Docente/Relatore corsi Perfezionamento e altri Corsi Universitari o anche ECM] | | | |
| **corso laurea, spec.ne, dottorato, etc.** | | **funzione (presidente, docente, etc.)** | **anni (dal … al …)** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |

***Per la presente proposta sono state compilate le seguenti sezioni [barrare quelle interessate], della cui veridicità il sottoscritto è responsabile***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A1** | **A2** | **A3** | **B1** | **B2** | **B3** | **C1** | **C2** | **D** | **E1** | **E2** | **E3** | **E4** | **G1** | | **G2** | | **G3** | | **H** | | **I** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |

Roma ….…………. Firma ………………………………………………………………………….

**L'incarico viene attribuito sulla base di una valutazione che terrà conto percentualmente delle tre funzioni di assistenza, docenza e ricerca in quota rispettiva del 50, 25 e 25%**