Spett.le S.I. Impresa

[si\_impresa@legalmail.it](mailto:si_impresa@legalmail.it)

**Oggetto: Manifestazione di interesse per l’iscrizione nell’Elenco Docenti per il Corso “TECNICO DELLA RICERCA E SVILUPPO DI FARMACI”** (5° Liv. EQF)

POR CAMPANIA FSE 2014.2020 - ASSE III - OBIETTIVO SPECIFICO AZIONE 10.4.2

Decreto Dirigenziale n. 381 del 23/12/2022

CUP B64D22003110009 CML OP\_19461 22039AP000000010

Io sottoscritto/a

*Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nato/a

*a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Indirizzo residenza/domicilio:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

avendo preso visione dell’Avviso pubblico finalizzato all’istituzione di un Elenco docenti per la realizzazione del Corso **“TECNICO DELLA RICERCA E SVILUPPO DI FARMACI”** e consapevole che l’inserimento nell’elenco non fa sorgere alcuna aspettativa giuridicamente tutelata in merito al conferimento del relativo incarico di docenza

CHIEDO

di essere inserito nell’Elenco docenti del Corso per le seguenti Unità Formative:

***(barrare l’opzione di interesse)***

* Pianificazione e realizzazione di indagini analitiche strumentali complesse
* Progettazione e realizzazione di studi clinici
* Conduzione di attività di sviluppo e trasferimento di processi

DICHIARO

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i. di essere attualmente in possesso dei seguenti requisiti obbligatori ***(barrare le opzioni di interesse)***

* godimento dei diritti civili e politici;
* cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione europea;
* non aver riportato condanne penali e/o non avere procedimenti penali in corso, tali da determinare situazioni di incompatibilità con eventuali incarichi da espletare;
* non essere in condizioni che limitano o escludano, a norma di legge, la capacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
* non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
* non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
* aver maturato un periodo non inferiore a n.3 anni di lavoro/ricerca nel settore specifico di riferimento del Corso;
* non aver lasciato il lavoro nel settore di riferimento del Corso da più di n.5 anni;

essere in possesso del seguente titolo di studio:

**Laurea Specialistica in:**

* Biologia
* Biotecnologie
* Farmacia e Farmacia Industriale
* Ingegneria Chimica
* Medicina e Chirurgia
* Medicina Veterinaria
* Scienze Chimiche
* Scienze della Nutrizione Umana
* Scienze e Tecnologie della Chimica Industriale

**oppure Laurea Magistrale in:**

* Biologia
* Biotecnologie
* Farmacia e Farmacia Industriale
* Ingegneria Chimica
* Medicina e Chirurgia
* Medicina Veterinaria
* Scienze Chimiche
* Scienze e Tecnologie della Chimica Industriale

**oppure Laurea Vecchio Ordinamento in:**

* Biotecnologie
* Chimica
* Chimica e Tecnologie Farmaceutiche
* Chimica Industriale
* Farmacia
* Ingegneria Biomedica
* Ingegneria Chimica
* Medicina e Chirurgia
* Medicina Veterinaria
* Scienze Biologiche

DICHIARO ALTRESI’

***(barrare le opzioni di interesse)***

* di accettare espressamente tutte le condizioni inserite nell’Invito a presentare manifestazione di interesse per l’istituzione e il funzionamento dell’Elenco docenti del Corso
* di acconsentire al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016 e dal d.lgs. 196/2003 e s.m.i.

CHIEDO

che ogni eventuale comunicazione venga effettuata al seguente indirizzo email:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allego alla presente domanda:

***(barrare le opzioni di interesse)***

* dettagliato Curriculum formativo e professionale, redatto in italiano, in formato europeo, aggiornato, datato, firmato e completo dell’elenco delle principali attività di docenza svolte e dell’autorizzazione al trattamento dei dati personali;
* altra eventuale documentazione utile alla valutazione;
* copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità.

**Informativa e consenso al trattamento dei dati**

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/2016 e del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 s.m.i., i dati personali di cui al presente modulo verranno raccolti e utilizzati dall’Ufficio Formazione S.I. Impresa ai fini dell’ammissione nell’Elenco e per le finalità di gestione del corso e realizzazione delle necessarie attività correlate e conseguenti. Il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche, telematiche e manuali.

L’interessato ha facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o la cancellazione dei propri dati rivolgendosi al Responsabile del trattamento dei dati.

Luogo e data Firma leggibile