


**ALLEGATO A) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**AI DIRETTORE GENERALE**  
**Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata**  
 PEC concorsi@ptvonline.postecert.it  
 viale Oxford, 81 – 00133 ROMA

**Il/La sottoscritto/a, COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_**

**PRESA VISIONE**

dell'Avviso di mobilità volontaria tra Aziende/Enti del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'art. 30 D. Lgs. n. 165/01 e smi, indetto dalla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata con D.D.G. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ pubblicato sul B.U.R.L. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e, per estratto, sulla G.U. 4<sup>a</sup> S.S. **Concorsi ed Esami** n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**CHIEDE**
**DI ESSERE AMMESSO ALLA PROCEDURA DI MOBILITÀ PER**

**N. \_\_\_\_\_ POSTO/I DI \_\_\_\_\_**

*A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.*

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

(barrare/compilare le voci che interessano)

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_
- di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_
- PEC \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_
- codice fiscale \_\_\_\_\_
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) **ovvero**  di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare motivi della non iscrizione) \_\_\_\_\_
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti **ovvero**  di avere riportato condanne penali e di avere procedimenti penali pendenti (indicare eventuali condanne penali e/o procedimenti pendenti) \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'Ordine/Albo \_\_\_\_\_ n° pos \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ data iscrizione \_\_\_\_\_
- di essere dipendente con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato della seguente Azienda/Ente \_\_\_\_\_ Sede legale \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ inquadrato nel profilo di \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_ assegnato al/alla seguente servizio/struttura operativa \_\_\_\_\_
- di aver superato il periodo di prova
- di non avere subito, nel biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso, sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura scritta e di non avere procedimenti disciplinari in corso
- di essere in possesso della idoneità fisica all'esercizio delle mansioni connesse alle funzioni di appartenenza **ovvero**  di avere le seguenti limitazioni/prescrizioni all'esercizio delle mansioni (riportate nell'Allegato B)
- di non aver superato il periodo di comporto/di non avere cause ostative al mantenimento del rapporto di pubblico impiego
- di accettare incondizionatamente l'assunzione a tempo pieno senza esclusione di alcun profilo orario e di impegnarsi, qualora risultasse vincitore dell'avviso di mobilità, a non chiedere il trasferimento presso altra Azienda per un periodo di **3 anni** a decorrere dalla data di effettiva immissione in servizio
- di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali





- di prendere atto che per ogni necessaria comunicazione sarà impiegato il recapito PEC utilizzato dal sottoscritto per l'invio della presente domanda **ovvero**  di non essere titolare di casella PEC e di eleggere il seguito recapito postale per ogni comunicazione (in assenza di indicazioni vale la residenza):  
 recapito \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_
- di accettare, senza riserva, tutte le prescrizioni e precisazioni contenute nel presente avviso e tutte le norme in esso richiamate

Il/La sottoscritto/a accetta le condizioni fissate dal bando nonché quelle che disciplinano e disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale dipendente da pubbliche amministrazioni e, nello specifico, della Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata".

Il/La sottoscritto/a **allega obbligatoriamente** alla presente domanda la sotto elencata documentazione, compilata, datata e firmata:

- **Allegato B - Foglio Informativo procedura di mobilità**
- **Allegato C - Curriculum formativo e professionale**
- **copia di un documento di identità valido.**

Il/La sottoscritto/a **allega inoltre** alla presente domanda n. \_\_\_\_\_ **pubblicazioni**

*in originale*     *in copia autenticata*     *in copia conforme (allega dichiarazione all. C)*

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_




**ALLEGATO B) FOGLIO INFORMATIVO PROCEDURA DI MOBILITÀ**
*(dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.)*

**Il/La sottoscritto/a, COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_**  
**In relazione alla domanda di partecipazione all'Avviso di mobilità volontaria tra Aziende/Enti del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'art. 30 D. Lgs. n. 165/01 e s.m.i, per n. \_\_ posto/i di \_\_\_\_\_**  
*ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. dichiara sotto la propria responsabilità*  
**il seguente STATO GIURIDICO, riferito all'attuale rapporto di lavoro**

*(barrare/compilare le voci che interessano)*

RAPPORTO DI DIPENDENZA SI  NO   
TEMPO INDETERMINATO SI  NO   
Decorrenza TI: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - periodo di prova superato: SI  NO   
Profilo/qualifica: \_\_\_\_\_  
Disciplina: \_\_\_\_\_  
Azienda/Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_  
Sede legale Az/Ente appartenenza: \_\_\_\_\_  
U.O./Servizio di assegnazione: \_\_\_\_\_  
Regime di impegno (ove previsto): ESCLUSIVO  NON ESCLUSIVO   
Orario di servizio:  T. Pieno  Part Time al \_\_\_\_% tipo PT:  orizzontale  verticale  misto  
Titolare di incarico:  SI  NO n° incarichi: \_\_\_\_  
Denominazione incarico 1: \_\_\_\_\_  
decorrenza incarico 1: dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Denominazione incarico 2: \_\_\_\_\_  
decorrenza incarico 2: dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Denominazione incarico 3: \_\_\_\_\_  
decorrenza incarico 3: dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Attualmente in distacco SI  NO   
Attualmente in aspettativa SI  NO  - tipologia: \_\_\_\_\_  
Attualmente in comando SI  NO   
se SI, specifica decorrenza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e se anzianità decorre  non decorre   
giorni di assenza ultimo triennio: \_\_\_\_ di cui n. \_\_\_\_ per malattia n. \_\_\_\_ per infortunio n. \_\_\_\_ altro\*  
\*specifica "altro" \_\_\_\_\_  
Limitazioni/prescrizioni: SI  NO   
Invalidità civile: SI  NO   
Fruizione di diritti ex lege 104: SI  NO   beneficiario  per congiunti  
Genitore figli minori anni 3: SI  NO   n° \_\_\_\_  
Sanzioni disciplinari nel biennio antecedente la data di pubblicazione del presente avviso: SI  NO   
Sanzioni disciplinari antercedenti l'ultimo biennio: SI  NO   
se SI, specifica sanzione: \_\_\_\_\_  
Valutazioni negative a seguito di verifica dei risultati e/o attività SI  NO

**TRATTAMENTO ECONOMICO IN GODIMENTO (profili del COMPARTO SSN)**

VOCI (compilare voci che interessano)	IMPORTO MENSILE
Stipendio base	
Valore comune ex I.Q.P.	
Indennità prof.le specifica	

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

 In fede \_\_\_\_\_  
*(il dichiarante)*

**ATTENZIONE:** Qualora la domanda di partecipazione risulti sprovvista del presente allegato ovvero la dichiarazione risulti carente di elementi sostanziali si procederà all'esclusione del candidato dalla procedura di mobilità.



**ALLEGATO C) CURRICULUM FORMATIVO-PROFESSIONALE**

(dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a, COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

In relazione alla domanda di partecipazione all'Avviso di mobilità volontaria tra Aziende/Enti del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'art. 30 D. Lgs. n. 165/01 e s.m.i, per n. \_\_ posto/i di \_\_\_\_\_ ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.

dichiara sotto la propria responsabilità il seguente

**CURRICULUM FORMATIVO-PROFESSIONALE**

(barrare/compilare le voci che interessano)

**1. TITOLI DI STUDIO/ACCADEMICI**

Laurea Spec./Mag.  Diploma di Laurea  Laurea  Diploma SS II° gr. Durata/anni: \_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

conseguita in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

sede legale \_\_\_\_\_

se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Laurea Spec./Mag.  Diploma di Laurea  Laurea  Diploma SS II° gr. Durata/anni: \_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

conseguita in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

sede legale \_\_\_\_\_

se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Diploma di Specializzazione  Dottorato di ricerca  Master I° liv.  Master II° liv. Durata/anni: \_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

conseguita in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

sede legale \_\_\_\_\_

se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Diploma di Specializzazione  Dottorato di ricerca  Master I° liv.  Master II° liv. Durata/anni: \_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

conseguita in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

sede legale \_\_\_\_\_

se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

**2. ISCRIZIONE ALBO/ORDINE**

TIPOLOGIA ALBO/ORDINE \_\_\_\_\_

PROVINCIA DI \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

DATA ISCRIZIONE \_\_\_\_\_.

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema




**3. ESPERIENZE DI SERVIZIO (apporte n° progressivo per ciascun titolo)**

n. \_\_\_\_\_

Azienda/Ente \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_

Tipo Azienda/Ente  Azienda/Ente del S.S.N.  Azienda/Ente convenzionato con il SSN  
 altra P.A.  Azienda/Ente privato

Profilo/qualifica inquadramento \_\_\_\_\_

disciplina inquadramento \_\_\_\_\_

Struttura di afferenza \_\_\_\_\_

Decorrenza rapporto: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Tipo contratto  Dirigenza S.S.N.  Comparto SSN  
 Tipologia rapporto:  tempo indeterminato  tempo determinato  
 tempo pieno n. \_\_\_\_\_ ore sett.  part-time al \_\_\_\_\_ %: n. \_\_\_\_\_ ore sett.

Med. Spec. conv. (ACN)\*  libero professionale\*  co.co.co.\*  
 \*Indicare Ore settimanali \_\_\_\_\_

**Qualora ricorrano interruzioni per aspettativa/congedo o altre assenze n.r. specificare:**

Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - motivazione assenza \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - motivazione assenza \_\_\_\_\_

**Se servizio prestato presso Aziende/Enti SSN specificare se:**

RICORRONO  NON RICORRONO

le condizioni di cui all'art. 46 DPR 761/79, ultimo comma "mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore a 5 anni"

n. \_\_\_\_\_

Azienda/Ente \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_

Tipo Azienda/Ente  Azienda/Ente del S.S.N.  Azienda/Ente convenzionato con il SSN  
 altra P.A.  Azienda/Ente privato

Profilo/qualifica inquadramento \_\_\_\_\_

disciplina inquadramento \_\_\_\_\_

Struttura di afferenza \_\_\_\_\_

Decorrenza rapporto: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Tipo contratto  Dirigenza S.S.N.  Comparto SSN  
 Tipologia rapporto:  tempo indeterminato  tempo determinato  
 tempo pieno n. \_\_\_\_\_ ore sett.  part-time al \_\_\_\_\_ %: n. \_\_\_\_\_ ore sett.

Med. Spec. conv. (ACN)\*  libero professionale\*  co.co.co.\*  
 \*Indicare Ore settimanali \_\_\_\_\_

**Qualora ricorrano interruzioni per aspettativa/congedo o altre assenze n.r. specificare:**

Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - motivazione assenza \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - motivazione assenza \_\_\_\_\_

**Se servizio prestato presso Aziende/Enti SSN specificare se:**

RICORRONO  NON RICORRONO

le condizioni di cui all'art. 46 DPR 761/79, ultimo comma "mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore a 5 anni".

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema




**4. ESPERIENZE FORMATIVE (apporre n° progressivo per ciascun titolo)**
**➤ PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO**

 n. \_\_\_\_\_ TIPO:  aggiornamento  convegno  congresso  seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

sede: \_\_\_\_\_

decorrenza: il/dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

 in qualità di:  uditore  relatore  senza esame  con esame (voto) \_\_\_\_\_  no ECM  si ECM. n° \_\_\_\_\_

 n. \_\_\_\_\_ TIPO:  aggiornamento  convegno  congresso  seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

sede: \_\_\_\_\_

decorrenza: il/dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

 in qualità di:  uditore  relatore  senza esame  con esame (voto) \_\_\_\_\_  no ECM  si ECM. n° \_\_\_\_\_

 n. \_\_\_\_\_ TIPO:  aggiornamento  convegno  congresso  seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

sede: \_\_\_\_\_

decorrenza: il/dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

 in qualità di:  uditore  relatore  senza esame  con esame (voto) \_\_\_\_\_  no ECM  si ECM. n° \_\_\_\_\_

 n. \_\_\_\_\_ TIPO:  aggiornamento  convegno  congresso  seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

sede: \_\_\_\_\_

decorrenza: il/dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

 in qualità di:  uditore  relatore  senza esame  con esame (voto) \_\_\_\_\_  no ECM  si ECM. n° \_\_\_\_\_

 n. \_\_\_\_\_ TIPO:  aggiornamento  convegno  congresso  seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

sede: \_\_\_\_\_

decorrenza: il/dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

 in qualità di:  uditore  relatore  senza esame  con esame (voto) \_\_\_\_\_  no ECM  si ECM. n° \_\_\_\_\_

 n. \_\_\_\_\_ TIPO:  aggiornamento  convegno  congresso  seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

sede: \_\_\_\_\_

decorrenza: il/dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

 in qualità di:  uditore  relatore  senza esame  con esame (voto) \_\_\_\_\_  no ECM  si ECM. n° \_\_\_\_\_

 n. \_\_\_\_\_ TIPO:  aggiornamento  convegno  congresso  seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

sede: \_\_\_\_\_

decorrenza: il/dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

 in qualità di:  uditore  relatore  senza esame  con esame (voto) \_\_\_\_\_  no ECM  si ECM. n° \_\_\_\_\_

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema





➤ **ATTIVITÀ DI DOCENZA/ALTRE ATTIVITÀ**

n. \_\_\_\_\_  DOCENZA  ALTRA ATTIVITÀ

ATTIVITÀ SVOLTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Tipo**

**Azienda:**  Università  Scuola sec. di II°  Azienda/Ente S.S.N.  Altra P.A.  privato

Corso: \_\_\_\_\_

Materia: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

sede: \_\_\_\_\_

decorrenza: il/dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  n. \_\_\_\_ ore annuali

tipo contratto:  TI  TD  COCOCO  LIBERO PROF.LE  ALTRO \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_  DOCENZA  ALTRA ATTIVITÀ

ATTIVITÀ SVOLTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Tipo**

**Azienda:**  Università  Scuola sec. di II°  Azienda/Ente S.S.N.  Altra P.A.  privato

Corso: \_\_\_\_\_

Materia: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

sede: \_\_\_\_\_

decorrenza: il/dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  n. \_\_\_\_ ore annuali

tipo contratto:  TI  TD  COCOCO  LIBERO PROF.LE  ALTRO \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_  DOCENZA  ALTRA ATTIVITÀ

ATTIVITÀ SVOLTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Tipo**

**Azienda:**  Università  Scuola sec. di II°  Azienda/Ente S.S.N.  Altra P.A.  privato

Corso: \_\_\_\_\_

Materia: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

sede: \_\_\_\_\_

decorrenza: il/dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  n. \_\_\_\_ ore annuali

tipo contratto:  TI  TD  COCOCO  LIBERO PROF.LE  ALTRO \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_  DOCENZA  ALTRA ATTIVITÀ

ATTIVITÀ SVOLTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Tipo**

**Azienda:**  Università  Scuola sec. di II°  Azienda/Ente S.S.N.  Altra P.A.  privato

Corso: \_\_\_\_\_

Materia: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

sede: \_\_\_\_\_

decorrenza: il/dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  n. \_\_\_\_ ore annuali

tipo contratto:  TI  TD  COCOCO  LIBERO PROF.LE  ALTRO \_\_\_\_\_

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema




**5. PUBBLICAZIONI** (apporre n° progressivo per ciascuna pubblicazione e riportarlo sulla copia cartacea)

➤ Totale PUBBLICAZIONI: \_\_\_\_\_

 n. \_\_\_\_\_  AUTORE  COAUTORE

TITOLO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in

lingua: \_\_\_\_\_ n. pagine \_\_\_\_\_ - da pag. \_\_\_\_\_ a pag. \_\_\_\_\_

data: \_\_\_\_\_

 tipo:  monografia  articolo  abstract  poster  altro .....

 pubblicata su:  rivista scientifica \_\_\_\_\_

 atti Congresso \_\_\_\_\_

 altro \_\_\_\_\_

*allegata alla presente in:*  ORIGINALE  copia AUTENTICATA  copia CONFORME

 n. \_\_\_\_\_  AUTORE  COAUTORE

TITOLO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in

lingua: \_\_\_\_\_ n. pagine \_\_\_\_\_ - da pag. \_\_\_\_\_ a pag. \_\_\_\_\_

data: \_\_\_\_\_

 tipo:  monografia  articolo  abstract  poster  altro .....

 pubblicata su:  rivista scientifica \_\_\_\_\_

 atti Congresso \_\_\_\_\_

 altro \_\_\_\_\_

*allegata alla presente in:*  ORIGINALE  copia AUTENTICATA  copia CONFORME

 n. \_\_\_\_\_  AUTORE  COAUTORE

TITOLO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in

lingua: \_\_\_\_\_ n. pagine \_\_\_\_\_ - da pag. \_\_\_\_\_ a pag. \_\_\_\_\_

data: \_\_\_\_\_

 tipo:  monografia  articolo  abstract  poster  altro .....

 pubblicata su:  rivista scientifica \_\_\_\_\_

 atti Congresso \_\_\_\_\_

 altro \_\_\_\_\_

*allegata alla presente in:*  ORIGINALE  copia AUTENTICATA  copia CONFORME

 n. \_\_\_\_\_  AUTORE  COAUTORE

TITOLO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in

lingua: \_\_\_\_\_ n. pagine \_\_\_\_\_ - da pag. \_\_\_\_\_ a pag. \_\_\_\_\_

data: \_\_\_\_\_

 tipo:  monografia  articolo  abstract  poster  altro .....

 pubblicata su:  rivista scientifica \_\_\_\_\_

 atti Congresso \_\_\_\_\_

 altro \_\_\_\_\_

*allegata alla presente in:*  ORIGINALE  copia AUTENTICATA  copia CONFORME

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema





