



Prot. 407 del 24/02/2025

Rep. 35/ 2025

AVVISO DI CONFERIMENTO DI COLLABORAZIONE

riservata al solo personale dipendente dell'Università La Sapienza.

Docente proponente: Prof . Marco Mercieri

- Visto** l'art. 7, comma 6 del D.Dlgs. n. 165/2001 (e sue successive modificazioni ed integrazioni);
- Visto** l'art. 5 del Regolamento per il conferimento di incarichi individuali di lavoro autonomo a soggetti esterni all'Ateneo in vigore presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza";
- Vista** la richiesta di attivazione della procedura diretta al conferimento di un incarico di lavoro autonomo presentata dal Prof. Marco Mercieri;
- Vista** la delibera del Consiglio di Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e Medicina Traslazionale del 19/02/2025
- Considerata** la necessità di procedere alla verifica preliminare in ordine all'impossibilità di oggettiva di utilizzare il personale dipendente all'interno dell'Università per il conferimento del suddetto incarico;

si rende noto

che il Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e Medicina Traslazionale intende conferire nr. 1 incarico per lo svolgimento di un'attività di collaborazione

OGGETTO DELLA PRESTAZIONE:

Attività di tutoraggio, redazione di documenti e file amministrativi, gestione sito del master e- mail, assistenza alle attività organizzative dei tirocini, e alla gestione dei contatti e delle relazioni con i soggetti sia esterni sia interni al Master di II livello in "



Terapia del dolore cronico : tecniche invasive, mini invasive e terapia farmacologica”
anno 2025/2026

COMPETENZE DEL PRESTATORE:

- Laurea triennale nelle professioni sanitarie e affini;
- Comprovata conoscenza ed utilizzo della piattaforma MOODLE e nella gestione di eventi Webinar e on line conference;
- Comprovata esperienza nella gestione e organizzazione nelle attività previste nell’ambito dei tirocini e delle applicazioni pratiche

DURATA E IMPEGNO PREVISTO:

Durata: 150 ore da svolgersi dal 15/03/2025 al 14/03/2026 e comunque entro la fine del Master.

PUBBLICAZIONE:

Il presente avviso sarà inserito sul proprio sito web e sul portale della Trasparenza di Ateneo dal 24/02/2025 al 03/03/2025

Coloro i quali sono interessati alla collaborazione dovranno far pervenire al Direttore del Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e medicina traslazionale entro il termine sopra indicato la propria candidatura con allegato curriculum vitae e parere favorevole del Responsabile della Struttura di incardinazione.

Roma, 24/02/2025





ALLEGATO A

Al Direttore del Dipartimento
Scienze medico chirurgiche e medicina
traslazionale
Sapienza Università di Roma
Via Giorgio Nicola Papanicolau snc – 00189
ROMA

Il/La sottoscrittonato/a a
..... Il,codice fiscale n.
....., residente in.....,
via.....
CAP.....tel.....Indirizzo di posta
elettronica.....

chiede di partecipare alla procedura comparativa per il conferimento di un incarico
di prestazione professionale di lavoro autonomo per lo svolgimento dell'attività di
.....
.....di cui alla
procedura comparativa n..... del

A tal fine, ai sensi della legge 445/2001 e consapevole che le dichiarazioni mendaci
sono punite ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara sotto
la propria responsabilità che :

- è in possesso di cittadinanza
.....;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in
corso;
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
.....
.....
-



- di aver maturato le seguenti esperienze professionali:
 -
 -
 -
 -

- E' dipendente di una Pubblica Amministrazione;

- NON E' dipendente di una Pubblica Amministrazione;

Allega alla domanda il curriculum sottoscritto in ogni pagina della propria attività scientifico professionale e dei titoli posseduti, e la fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Data

Firma



Allegato B

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. 20.12.2000 N.445**

Il/la sottoscritto/a nato/a
..... Prov. residente in
.....

Via.....

consapevole che, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, e consapevole che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione dai pubblici uffici;

DICHIARA

di non avere alcun grado di parentela o di affinità, fino al IV grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento o alla struttura richiedente l'attivazione del contratto, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo.

Luogo e data

Il Dichiarante



Allegato C

**DICHIARAZIONE SULL'ESISTENZA DI POTENZIALI CONFLITTI DI INTERESSE,
SULLO SVOLGIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI E/O TITOLARITÀ DI CARICHE**

Il/La sottoscritt.. _____ nato/a a _____
() il _____ C.F. _____

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del Testo Unico di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, relativamente all'incarico di tutoraggio nell'ambito del Master di II livello in " Terapia del dolore cronico : tecniche invasive, mini invasive e terapia farmacologica" anno 2025/2026

CHE

1) ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D. Lgs. n. 165/2001 e succ. mod. ed integr.:
(barrare una delle due seguenti ipotesi)

di trovarsi nelle seguenti situazioni potenziali di conflitto d'interesse (specificare di seguito)

.....

di NON trovarsi in nessuna situazione, anche potenziale, di conflitto d'interessi

Luogo e data

Firma



Allegato D

Al Direttore del Dipartimento
Scienze medico chirurgiche e medicina
traslazionale
Sapienza Università di Roma
Via Giorgio Nicola Papanicolau snc – 00189
ROMA

S E D E

OGGETTO: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino, da parte delle strutture in indirizzo, della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) - Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente il/la sottoscritt. nat... il, a
.....(prov.), in qualità di
....., per le finalità di cui all'art. 15, comma 1, D.
Lgs. n. 33/2013, dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,
consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del citato testo unico per le
ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

Ovvero

di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

Il/La sottoscritt_ unisce alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità: n., rilasciato da..... il

Luogo e data

FIRMA