

**Al Direttore del Dipartimento di
Medicina di Precisione
SEDE**

Oggetto: Richiesta conferimento incarico professionale.

Il sottoscritto _____ titolare del
progetto di ricerca _____ dal
titolo _____

chiede di attivare le procedure per l'affidamento di **1** contratto di collaborazione di natura professionale a supporto dell'attività di ricerca da conferire a laureati/diplomati in possesso di _____ o titolo equipollente. L'equipollenza sarà stabilita dalla Commissione esaminatrice. Il candidato dovrà inoltre essere in possesso di particolare e comprovata esperienza lavorativa strettamente correlata all'attività oggetto dell'incarico da affidare.

L'attività del contrattista avrà ad oggetto:

Il contratto dovrà avere una durata massima di ____ giorni a partire dalla data di stipula dello stesso.

Il costo complessivo del contratto corrisponde a € _____. La spesa complessiva relativa a tale incarico, comprendente anche gli oneri a carico del Dipartimento e qualunque altra spesa, dovrà essere impegnata sui fondi del menzionato progetto di ricerca di cui il sottoscritto è titolare.

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, che:

- le caratteristiche del contratto, nel suo oggetto, nella sua causa e nel suo contenuto, sono tali da non configurare in alcun modo un rapporto di lavoro subordinato neppure a carattere temporaneo;
- il compenso proposto, considerata la natura e la qualità della prestazione, è ritenuto congruo;
- la prestazione richiesta ha natura temporanea ed eccezionale e richiede elevata e specifica qualificazione;
- la prestazione richiesta è di supporto al progetto di ricerca;



- che è necessario ricorrere per tale prestazione a personale esterno in quanto il personale strutturato interno non può essere distratto dalle funzioni e compiti che attualmente svolge.

Il sottoscritto propone che la selezione del contrattista avvenga per titoli e colloquio.

Il colloquio sarà finalizzato ad accertare le conoscenze e la qualificazione sperimentale del candidato. Temi del colloquio saranno:

1. _____
2. _____
3. _____

La sede della ricerca è il **Dipartimento di Medicina di Precisione**.

La commissione esaminatrice sarà composta da (**membri effettivi**):

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Membri supplenti:

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Napoli, ____/____/____

Il Titolare del Fondo
Prof. _____