RELAZIONE TECNICO-SCIENTIFICA DEL COLLABORATORE PROFESSIONALE DI RICERCA SANITARIA

*Il sottoscritto , consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità nonché di quanto previsto dall'art. 75 in tema di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l’Amministrazione riscontri la non veridicità del contenuto della dichiarazione, a seguito di verifica condotta sulla stessa, dichiara quanto segue:*

Assunto in qualità di collaboratore professionale di ricerca sanitaria il e afferente alla

UO , riporto di seguito le attività svolte nel corso dell’anno, in

coerenza agli obiettivi assegnatimi e in linea alle attività declinate nella scheda di valutazione.

* **Contribuire al raggiungimento dei risultati della struttura di appartenenza**

*Sviluppare l’attività relativa agli obiettivi di interesse, al fine di dimostrare il superamento del valore soglia, articolando il discorso schematicamente per punti*

*a) Riportare l’elenco di prestazioni di medicina nucleare PET, effettuate all'interno di protocolli di ricerca profit e no profit*

*b) Riportare l’elenco di prestazioni di Risonanza Magnetica 3 T, effettuate all'interno di protocolli di ricerca profit e no profit*

*c) Riportare l’elenco degli esami inseriti e /o report strutturati sul sistema*

* **Lavorare in equipe ed integrarsi professionalmente e sviluppare senso di appartenenza (es. presenze alle riunioni della struttura di appartenenza, attività svolte in maniera condivisa con altre strutture/gruppi di lavoro…)**

*Sviluppare l’attività relativa agli obiettivi di interesse, al fine di dimostrare il superamento del valore soglia, articolando il discorso schematicamente per punti*

*a) Riportare l’elenco delle date delle sedute a cui si è partecipato dedicate a prestazioni di PET e RM3T dedicate alla ricerca e il relativo studio*

*b) Riportare l’elenco delle date delle riunioni settimanali di staff dell’UOC Medicina Nucleare a cui si è partecipato (il verbale rimane agli atti del dichiarante)*

*c) Riportare l’elenco delle attività svolte non direttamente correlate a compiti e funzioni assegnate e i nominativi dei colleghi supportati*

*d) Riportare l’elenco completo di data di documenti/note/report gestiti in collaborazione con colleghi afferenti all’UOC Medicina Nucleare*

* **Gestire in maniera efficiente ed efficace i carichi di lavoro assegnati (es. numero di procedure attivate, attività svolte, numero di scadenze rispettate…)**

*Sviluppare l’attività relativa agli obiettivi di interesse, al fine di dimostrare il superamento del valore soglia, articolando il discorso schematicamente per punti*

*a) Riportare l’elenco dei report consegnati nel rispetto delle scadenze*

*b) Riportare l’elenco dei progetti gestiti indicando le piattaforme gestionali utilizzate*

* **Conoscere in maniera approfondita tutto il processo legato all’attività, gestire, controllare e verificare l’intero progetto/processo, anche proponendo soluzioni innovative/migliorative**

*Sviluppare l’attività relativa agli obiettivi di interesse, al fine di dimostrare il superamento del valore soglia, articolando il discorso schematicamente per punti*

*a) Riportare l’elenco delle attività svolte in autonomia (rispetto alle attività di cui 1.a e 1.b)*

*b) Riportare l’elenco dei report/relazioni sulle attività di progettazione per gli organi istituzionali dell’ente*

*c) Riportare l’elenco corsi formativi della Direzione Scientifica frequentati e certificati (gli attestati di partecipazione restano agli atti del dichiarante)*

* + *Altre attività rilevanti per l’IRCCS in ambito clinico e istituzionale*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

* *Note (es. eventuali periodi di interruzione/sospensione del rapporto di lavoro per recesso, risoluzione, licenziamento, maternità, malattia etc…)*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

 t.to Responsabile UO di afferenza

Bologna,……………

 ……………………………………………

f.to Responsabile delle attività (ove non coincidente)

…………………………………………………………..

f.to Dott. ………………………………