



GIUNTA REGIONALE

Regione Abruzzo
Dipartimento sanità
Via Conte di Ruvo 74
65100 PESCARA
PEC: dpf003@pec.regione.abruzzo.it

Oggetto: Manifestazione di interesse per l'individuazione del componente del Comitato Etico Regionale (CEtRA) per la disciplina della Medicina Legale e Disciplina Oncologia

Il/La sottoscritto/a (*cognome e nome*) _____

Nato/a a _____ Prov. (____) il _____

residente a _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

presenta domanda per la nomina a componente del Comitato Etico Regionale (CEtRA)

per la professionalità di MEDICO LEGALE/ONCOLOGO

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.:

- a) di essere in possesso di cittadinanza italiana o equivalente;
- b) di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____ conseguito il _____ presso _____;
- c) di essere in possesso della seguente Specializzazione _____ conseguita il _____ presso _____;
- d) di essere in possesso dell'abilitazione professionale _____ conseguita il _____;
- e) di essere iscritto/a all'Ordine/Collegio _____ numero di registrazione all'Ordine _____;
- f) di non aver conseguito condanne penali;
- g) di essere in possesso di una documentata conoscenza ed esperienza nelle sperimentazioni cliniche dei medicinali e dei dispositivi medici e nelle altre materie di competenza del Comitato Etico;

Allegato 1.a
Domanda di partecipazione

h) di essere in possesso di alta e riconosciuta professionalità e competenza nel settore delle sperimentazioni cliniche e nelle altre materie di competenza del comitato etico;

Specificare anni di esperienza:_____;

i) di non aver ricoperto

di aver ricoperto ruoli in in precedenti comitati etici

Se si: indicare ruolo_____

- per anni_____

- numero di studi presentati come relatore nei precedenti comitati etici_____

- numero studi sottomessi come proponente_____

j) di occupare la seguente posizione lavorativa:_____

k) di essere in stato quiescenza. Se si, indicare anni di anzianità di quiescenza_____

l) di avere conoscenza di base nell'utilizzo di piattaforme web e dei programmi di uso comune di videoscrittura e calcolo (pacchetto Office o analoghi);

m) di possedere una buona conoscenza della lingua inglese (certificazione_____)

n) di essere esenti da qualsiasi indebito condizionamento;

o) di non avere interessi diretti (*) presso Società e/o Aziende (ovvero società controllanti o controllate, consociate o sussidiarie) che sviluppano, producono o commercializzano prodotti farmaceutici, dispositivi medici, biologici, chimici e dietetici;

p) di non trovarsi in situazioni di conflitto di interesse dirette o indirette;

q) di non incorrere in alcuna delle cause di incompatibilità previste nell'Avviso;

r) di autorizzare il Dipartimento Sanità al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, ai fini dello svolgimento degli adempimenti connessi con l'espletamento delle relative procedure.

Allega alla presente i seguenti documenti:

- curriculum vitae secondo il formato europeo

- altro (elencare documenti allegati)

- documento di riconoscimento in corso di validità

L'indirizzo presso il quale spedire le comunicazioni relative alla presente è il seguente:

Allegato 1.a
Domanda di partecipazione

Nome _____ Cognome _____

Via _____ n. _____ CAP. _____

Città _____

Tel. _____ Cellulare _____

E-mail _____

PEC personale _____

In fede

Data _____ Firma _____