

Agenzia Italiana del Farmaco
Ufficio per il reclutamento e il trattamento giuridico
interpellids@aifa.gov.it

MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI SANITARI

Il/La sottoscritto/a

Cognome	
Nome	
Profilo	
Incarico attuale	
Recapito telefonico	

manifesta la propria disponibilità al conferimento dell'incarico, di cui all'avviso n. _____ del _____ pubblicato sul sito dell'Agenzia, indicato nella tabella che segue (*esprimere una sola opzione barrando il campo corrispondente, nell'ultima colonna [colonna "X"]*).

STRUTTURA	DESCRIZIONE	NUMERO POSIZIONI E FASCIA RETRIBUTIVA	X
Area Autorizzazione medicinali (ex Area Autorizzazione Medicinali, art. 15, comma 1 Regolamento 2016)	<i>Supporto alle attività di carattere regolatorio e scientifico dell'Ufficio di Area, con particolare riferimento all'interazione con altre Aree, alle attività di revisione che impattano su tutti i medicinali autorizzati, alle richieste provenienti dalla Direzione Generale e da Enti esterni, alle attività conseguenti alla partecipazione a gruppi di lavoro internazionali ed attività, atti o adempimenti correlati.</i>	S2/S3	
Ufficio Procedure Centralizzate (ex Ufficio Procedure Centralizzate, art. 17, comma 4, lett. a) Regolamento 2016)	<i>Attività di valutazione tecnico-scientifica nell'ambito di procedure autorizzative, Scientific Advice EMA e processo di definizione della rimborsabilità dei medicinali con procedura autorizzativa centralizzata, ed attività, atti o adempimenti correlati.</i>	2 S2/S3	

Allega il proprio *curriculum vitae* professionale aggiornato e sottoscritto, redatto in formato europeo, e la relazione sintetica prevista nella sopracitata nota.

Luogo e data _____

Firma _____