

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

MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITÀ 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 <i>(ex Area Autorizzazione Medicinali, art. 15, comma 1 Regolamento 2016)</i> | <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 <i>(ex Ufficio Procedure Centralizzate, art. 17, comma 4, lett. a) Regolamento 2016)</i> | <i>Attività di valutazione tecnico-scientifica nell'ambito di procedure autorizzative, Scientific Advice EMA e processo di definizione della reimborsabilità 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 _____