ALLEGATO A)

FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale
dell'Azienda ULSS 18
Viale Tre Martiri, 89
45100 - R O V I G O

Il/la Sottoscritto/a_____, nato a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ Telefono _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso pubblico per titoli e colloquio per un incarico di **Direttore di Unità Operativa Complessa di Medicina Trasfusionale**, indetto con decreto del Direttore Generale n. ……. del ……., da codesta Azienda ULSS.

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate nell'art. 76 del DPR n. 445/2000 oltre alla decadenza dei benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

1) di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana _____);

2) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo _____);

3) di non aver mai riportato condanne penali (ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali _____, da indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale);

4) di essere in possesso della laurea in _____ conseguita in data _____ presso l'Università di _____;

5) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione, conseguita in data _____ presso l'Università di _____;

6) di essere iscritto all'Albo dell'ordine dei Medici al n. ____ della Provincia di _____ dal _____ o nel corrispondente albo di uno dei Paesi dell'Unione europea, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Itali prima dell'assunzione in servizio;

7) di essere nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione _____;

8) di aver prestato i seguenti servizi _____, da indicare le eventuali cause di risoluzione dei rapporti di pubblico impiego (ovvero di non aver mai prestato servizio con rapporto d'impiego presso pubbliche amministrazioni);

9) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;

10) **a.** di essere in possesso, secondo le disposizioni contenute negli artt. 5 e 10 del D.P.R. 10/12/1997 n. 484, di un'anzianità di servizio di almeno sette anni, di cui cinque nella disciplina di _____ ovvero nella disciplina di _____ (equipollente) e

della specializzazione nella disciplina di _____ ovvero nella disciplina di _____ (equipollente)

ovvero

di essere in possesso di un'anzianità di servizio di almeno dieci anni nella disciplina di _____;

11) di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di concorso e di accettarle senza riserva alcuna;

12) di impegnarsi a comunicare, per iscritto eventuali variazioni del recapito, riconoscendo che l'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario e chiede che tutte le comunicazioni riguardanti la selezione vengano indirizzate a:

Dr. / Dr.ssa: _____

Via _____

Comune di _____

(Prov. _____) Cap_____ Tel. _____.

Alla presente allega :

- Un curriculum formativo e professionale, datato e firmato;
- Una casistica di specifiche esperienze e attività professionali svolte, certificata dal Direttore Sanitario;
- Un elenco, in triplice copia, dei documenti presentati;
- Copia autenticata nelle forme di legge, dei documenti e titoli che intende presentare ai fini della valutazione, (ovvero dichiarazioni sostitutive – modulo B e/o modulo C allegati);
- Una copia (fronte/retro) firmata di valido documento di riconoscimento.

Data _____ Firma _____

E DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO NOTORIO E LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE DEVONO ESSERE COMPLETE DI TUTTI GLI ELEMENTI ED INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ATTO CHE SOSTITUISCONO.

ALLEGATO B)

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

In riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio per un incarico di **Direttore di Unità Operativa Complessa di Medicina Trasfusionale,** indetto con decreto del Direttore Generale n. 204 del 15.04.2014, da codesta Azienda ULSS,

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____ a _____,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara quanto segue:

TITOLI DI STUDIO

Laurea in ……....

Conseguita presso ……..…..

In data …….…… voto …….

Specializzazione in …….

Conseguita presso ……..…

In data ……

Della durata di anni ……

(specificare se conseguita ai sensi del D.Lgs. 8 agosto 1991 n. 257 e/o del D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368).

Ulteriori titoli di studio ……..

Conseguiti presso ……

In data …….

Della durata di anni ……..

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario) ……..

Conseguito presso …….

In data …….. durata …….

SERVIZI SVOLTI

Presso la struttura pubblica e/o privata

(Indicare esattamente la denominazione, l'indirizzo e la struttura/servizio/unità operativa di assegnazione)

……

…….

……

…….

Contratto di lavoro:

- SUBORDINATO, a tempo indeterminato/determinato, in qualità di Dirigente Medico, disciplina ……..., n. ore settimanali ……..;
- SPECIALISTA AMBULATORIALE INTERNO, a tempo indeterminato/determinato/provvisorio/sostituto, branca di assegnazione ……, n. ore settimanali ……..;
- LIBERO PROFESSIONALE, in qualità di …….. n. ore settimanali/mensili ……;
- CO.CO.CO, in qualità di …….. n. ore settimanali/mensili ……;

- ❑ BORSISTA, in qualità di …….. n. ore settimanali/mensili ……;
- ❑ ALTRO ……..

Durata: dal (gg/mm/aa)……. al (gg/mm/aa)…….

Eventuali periodi di aspettativa senza assegni ……

Altro ……

Eventuale causa di risoluzione del contratto ……

ESPERIENZE LAVORATIVE ALL'ESTERO

Per i servizi prestati all'estero, per i quali occorre aver ottenuto il necessario riconoscimento da parte dell'Autorità italiana competente, si riportano gli estremi di tale provvedimento: n. …. data ……

……

……..

TIPOLOGIA DELLE ISTITUZIONI IN CUI SONO ALLOCATE LE STRUTTURE PRESSO LE QUALI HA SVOLTO L'ATTIVITÀ E TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI EROGATE DALLE STRUTTURE MEDESIME

……

…….

……

…….

POSIZIONE FUNZIONALE NELLE STRUTTURE E COMPETENZE (indicare anche eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione – **allegare una casistica di specifiche esperienze e attività professionali svolte, riferita all'ultimo decennio, certificata dal Direttore Sanitario**

sulla base delle attestazioni del Direttore del competente dipartimento o unità operativa di appartenenza)

……

…….

……

…….

ATTIVITÀ DIDATTICA presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione, ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario (indicare anche le ore annue di insegnamento)

Corso di studio per il conseguimento del Diploma di ……

Presso Ente ……, sede di ……..

materia insegnata …….….

Per tot. n. ore … dal (gg/mm/aa) …… al (gg/mm/aa) ……

SOGGIORNI DI STUDIO o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore ad un anno (esclusi i tirocini obbligatori)

Presso ……. (indicare esattamente la struttura pubblica o privata, completa di indirizzo), in qualità di ……. dal (gg/mm/aa) …… al (gg/mm/aa) ……

ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO Corsi, congressi, convegni, seminari, anche effettuati all'estero

Partecipazione in qualità di **relatore/uditore** al corso/congresso/convegno/seminario

Titolo del corso ……..

Ente Organizzatore……. Indirizzo ……

Data di svolgimento …… ore complessive …….

(Ripetere per ciascuna attività di aggiornamento)

PUBBLICAZIONI edite a stampa (allegare quelle ritenute più significative, in originale o in copia conforme all'originale)

ULTERIORI ATTIVITA'

…….

Data _____ _____

(Firma del dichiarante per esteso e leggibile) (1)

(1) La firma non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di partecipazione alla selezione venga spedita, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato.

LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI DEVONO ESSERE COMPLETE DI TUTTI GLI ELEMENTI ED INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ATTO CHE SOSTITUISCONO.

ALLEGATO C)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

In riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio per un incarico di **Direttore di Unità Operativa Complessa di Medicina Trasfusionale,** indetto con decreto del Direttore Generale n. 204 del 15.04.2014, da codesta Azienda ULSS,

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____ a _____,

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 DPR 445/2000 sulla responsabilità penale di cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che le allegate copie dei sottoelencati titoli, sono conformi agli originali:

1)

2)

3)

4)

5)

Data _____ Firma _____

(1) La firma non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di partecipazione alla selezione venga spedita, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato.

LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO NOTORIO DEVONO ESSERE COMPLETE DI TUTTI GLI ELEMENTI ED INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ATTO CHE SOSTITUISCONO.