**ALLEGATO B)**

**MODELLO DOMANDA DI AMMISSIONE**

Al Direttore Generale
dell'Azienda U.L.S.S. n. 9 di Treviso
Ufficio Protocollo
Via Sant'Ambrogio di Fiera, 37
31100 TREVISO

Il/La sottoscritto/a ..... (codice fiscale .....)
chiede di essere ammesso un Avviso Pubblico per l'attribuzione dell'incarico di Direzione di Struttura Complessa dell'U.O. di **Neurologia del P.O di Treviso**, indetto da codesta Amministrazione con bando pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. ..... del .....

A tal fine, dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- di essere nato/a a ..... il .....
- residente a ..... C.A.P. (.....) in Via/Piazza ..... n. ....
  (telefono n. ..... cellulare n. .....) (indirizzo e-mail .....)
- domicilio presso il quale inviare ogni comunicazione (**<u>indicare unicamente se diverso dalla residenza</u>**):
  Dott./Dott.ssa .....
  Via/Piazza ..... n. ..... Comune ..... (C.A.P. .....) Provincia .....(.....)
- di essere in possesso della cittadinanza italiana / di possedere la cittadinanza ..... (Stati membri dell'Unione Europea) e di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- di essere/di non essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di .....
  *(scegliere l'opzione e in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi)*
- di non avere/avere riportato condanne penali .....
  *(scegliere l'opzione e in caso affermativo, indicare le condanne riportate*)
- di non avere/avere procedimenti penali in corso .....
  *(scegliere l'opzione e in caso affermativo, indicare il proc. penale in corso*)
- di essere in possesso del diploma di Laurea in .....
  conseguito il ..... presso .....
  ***(qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare di seguito gli estremi del provvedimento di equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'Autorità italiana competente e gli estremi del BUR/GU in cui il provvedimento è stato pubblicato .....)***
- di essere in possesso della Specializzazione in .....
  conseguito il ..... presso .....
  ai sensi del ..... della durata di n. anni: .....
  ***(specificare se conseguita ai sensi del D. Lgs. 8 agosto 1991, n. 257, e/o del D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368. Qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare di seguito gli estremi del provvedimento di equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'Autorità italiana competente e gli estremi del BUR/GU in cui il provvedimento è stato pubblicato .....)***
- di essere in possesso dell'anzianità di servizio, richiesta ai fini dell'ammissione, di anni ....., nella disciplina di ....., come analiticamente specificata nel curriculum vitae di cui all'allegato C);
- di essere iscritto all'Albo professionale dei .....
  della Provincia di ..... (.....) a far data dal ..... n. .....
- di avere conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione nel .....

- di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari ……
  *(arruolato in attesa di chiamata, congedo per fine ferma, riformato dispensato, riformato per motivi di ……)*

- di aver/non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni
  ***(scegliere l'opzione e in caso affermativo specificare nel Curriculum vitae di cui all'allegato C) tutti i dati relativi alla natura del rapporto di lavoro intercorso ed indicare le eventuali cause di risoluzione di precedenti impieghi)***

- di avere/non avere diritto all' applicazione dell'art. 20 della legge 104/1992, specificando l'ausilio necessario, in relazione al proprio handicap, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per sostenere la prova d'esame …….. ***(scegliere l'opzione e in caso affermativo allegare certificato rilasciato da apposita struttura sanitaria che ne specifichi gli elementi essenziali in ordine ai citati benefici)***

- di essere/non essere stato/a dispensato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile (in caso affermativo specificare le motivazioni……)

- di avere n. figli ….. a carico

ALLEGA:

1. il curriculum vitae di cui allegato C);
2. la documentazione attestante la tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e la tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime, rilasciata dagli Enti in cui il candidato ha prestato e/o presta servizio;
3. la certificazione rilasciata dal Direttore Sanitario della casistica relativa alla tipologia e alla quantità delle prestazioni effettuate dal candidato, riferita al decennio precedente alla data di pubblicazione del presente avviso per estratto nella Gazzetta Ufficiale;
4. le pubblicazioni in originale o copia cartacea relative alla produzione scientifica, il cui elenco viene inserito nel curriculum vitae;
5. un elenco dei documenti presentati;
6. la fotocopia del documento d'identità in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000, che quanto contenuto nel curriculum corrisponde al vero.

Infine, accetta tutte le indicazioni contenute nel bando e dà espresso assenso al trattamento dei dati personali e sensibili ex D.Lgs. 196/2003, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti, anche con particolare riferimento alla pubblicazione del curriculum nel sito internet aziendale, secondo quanto disposto dal punto 7 dell'Allegato A alla deliberazione della Giunta Regionale del Veneto del 19 marzo 2013, n. 343.

Data …… Firma ……
(ai sensi dell'art. 39 D.P.R. 445/00, la firma non è soggetta ad autenticazione)

---

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, qualora la domanda sia inviata a mezzo servizio postale, o consegnata a mano ma non sottoscritta davanti l'incaricato a ricevere le domande, l'interessato è tenuto ad allegare copia di un documento di identità; qualora, invece, la domanda venga consegnata a mano e sottoscritta davanti l'incaricato a ricevere le domande, l'interessato è tenuto ad esibire un documento di identità.

**ALLEGATO C)**

## CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000

**Il/la sottoscritto/a dott. /dott.ssa_____ _____**

codice fiscale …..……. nato/a a ……..……..……
il ……..……., residente in Via/Piazza ……..……..…. n ……, Località ……. Prov. ……..... CAP ……..…… tel. …… email ……..

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000,

**DICHIARA**

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

**TITOLI DI STUDIO**

**Laurea** in ……
conseguita presso ……..…….. ……
voto …….. in data ……..…… ……..

**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. Qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare gli estremi del provvedimento (numero e data) di equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'Autorità italiana competente e gli estremi del BUR/GU in cui il provvedimento è stato pubblicato ……)***

Ulteriori titoli di studio ……
conseguiti presso ……..…….. ……
in data ……..…… …….
della durata di anni …….

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario) ……
conseguito presso ……..…….. ……
in data ……..…… …… durata ……..

Iscrizione albo ordine dei Medici Chirurghi di ……..……
n. posizione …….. decorrenza iscrizione ……..……..

Abilitazione all'esercizio della professione nel ……..

**SERVIZI SVOLTI (da compilare e ripetere per ciascuna tipologia di rapporto di lavoro)**

Presso la seguente struttura pubblica e/o privata
**(indicarne esattamente la denominazione, completo di indirizzo, e la struttura/servizio/unità operativa di assegnazione)**

……

Con contratto di lavoro **(lasciare solo la parte che interessa)**

- SUBORDINATO, a tempo INDETERMINATO/DETERMINATO, in qualità di ……
  disciplina ……., n° ore settimanali …… ;
- SPECIALISTA AMBULATORIALE INTERNO, a tempo INDETERMINATO/DETERMINATO/ PROVVISORIO/SOSTITUTO, Branca di assegnazione……..……..……., n° ore sett.li …….
- LIBERO PROFESSIONALE, in qualità di ……..……..…., n. ore sett.li/ mensili ……..

- CO.CO.CO., in qualità di ……..……., n° ore sett.li/mensili ……
- BORSISTA in qualità di ……-……., n° ore sett.li/mesili …….
- ALTRO ……

Durata:
dal ……(data inizio servizio – gg/mm/aa) al ……(data fine servizio – gg/mm/aa)
eventuali periodi di aspettativa senza assegni: ……..
altro: ……
eventuale causa di risoluzione del contratto: ……..

## ESPERIENZE LAVORATIVE ALL'ESTERO (da compilare e ripetere per ciascuna esperienza lavorativa 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 (numero e data) e gli estremi del BUR/GU in cui il provvedimento è stato pubblicato: …….

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

***(Da allegare in originale o copia conforme la documentazione attestante la tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e la tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime, rilasciata dagli Enti in cui il candidato ha prestato e/o presta servizio)***

Si allega alla domanda di ammissione la certificazione originale / in copia che si dichiara, ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000, conforme all'originale.

## POSIZIONE FUNZIONALE NELLE STRUTTURE E COMPETENZE

***(Vanno indicate la posizione funzionale e le competenze del candidato nelle strutture con indicazione di specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione)***

……

## CASISTICA

**(*Da allegare originale o copia conforme della tipologia e quantità di prestazioni effettuate dal candidato, riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione dell'Avviso in Gazzetta Ufficiale. L'attestazione deve essere certificata dal Direttore Sanitario sulla base dell'attestazione del Direttore Responsabile del competente Dipartimento o Unità Operativa dell'Azienda Sanitaria Locale o dell'Azienda Ospedaliera*)**

Si allega alla domanda di ammissione la certificazione originale / in copia che si dichiara, ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000, conforme all'originale.

## ATTIVITA' DIDATTICA/INSEGNAMENTO (da compilare e ripetere per ciascuna attività didattica/ insegnamento)

Corso di studio per il conseguimento di Diploma di …….
presso Ente ……. sede di ……. materia insegnata …… per tot. n° ore ……..dal …….……(gg/mm/aa) al ……(gg/mm/aa)

## PUBBLICAZIONI (da compilare e ripetere per ciascuna pubblicazione)

***(Da allegare la produzione scientifica edita a stampa, strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori, nonché il relativo impatto sulla comunità scientifica).***

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 19 e 47del D.P.R. 445/2000, dichiara che le copie delle pubblicazioni – edite a stampa – allegate alla domanda di ammissione e di seguito elencate, sono conformi agli originali:

1) Poster/ Abstract /Articolo /Capitolo di libro *(LASCIARE SOLO L'IPOTESI CHE INTERESSA)*
Nazionale/ Internazionale……
Titolo: ……
Autori ……

Rivista scientifica / altro …….
Originale/copia conforme/file PDF (cancellare le ipotesi che non interessano)

2) ….. *(ripetere per ciascuna pubblicazione prodotta)*

## SOGGIORNI DI STUDIO O DI ADDESTRAMENTO PROFESSIONALE IN RILEVANTI STRUTTURE ITALIANE O ESTERE DI DURATA NON INFERIORE AD UN ANNO (da compilare e ripetere per ciascun soggiorno di studio)

***(Sono 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)

## ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO ANCHE EFFETTUATA ALL'ESTERO (da compilare e ripetere per ciascuna attività)

1) Partecipazione in qualità di **relatore/uditore** al corso/congresso/convegno/seminario *(LASCIARE SOLO L'IPOTESI CHE INTERESSA*):
Titolo del Corso ……
Ente Organizzatore, sede/ Luogo di svolgimento……
Data/e di svolgimento…… Ore complessive n. ……con/senza esame finale, con/senza crediti ECM n°……

2) …..(*ripetere per ciascuna attività di aggiornamento)*

## ULTERIORI ATTIVITÀ

**…..**

## CAPACITA' E COMPETENZE PERSONALI

Organizzative ……
Tecniche……
Relazionali……
Lingue straniere conosciute……
Altre capacità e competenze ……

Il sottoscritto acconsente alla pubblicazione del presente curriculum nel sito internet aziendale, secondo quanto disposto dal punto 7 dell'Allegato A alla deliberazione della Giunta Regionale del Veneto del 19 marzo 2013, n. 343.

Luogo e Data | Firma per esteso

_____ _____