

ALLEGATO A

Al Direttore Generale
dell'Azienda U.L.S.S. n. 20
Via Valverde, 42

37122 - V E R O N A

(cognome) (nome) chiede di essere ammesso all'avviso per il conferimento dell'incarico di Dirigente Medico – disciplina di geriatria – Direttore dell'U.O.C. Lungodegenza indetto da codesta Amministrazione con avviso 27.5.2014, n. 38822 di prot..

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

Dichiara

sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

- a) di essere nato a _____ il _____ e di risiedere attualmente a _____ in Via _____ n. _____;
- b) di essere di stato civile: _____ (figli n. _____);
- c) di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- d) di (*barrare la casella interessata*)
 essere iscritto nelle liste elettorali _____;
 non essere iscritto nelle liste elettorali _____ (1);
- e) di avere il seguente codice fiscale _____;
- f) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____;
- g) di (*barrare la casella interessata*)
 avere riportato condanne penali _____ (2)
 non avere riportato condanne penali;
- h) di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito in data _____ presso _____;
- i) di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione: _____ conseguito in data _____ presso _____;
- l) di essere iscritto al n. _____ dell'ordine dei _____ della Provincia _____ a decorrere dal _____;
- m) di (*barrare la casella interessata e compilare in caso di servizio presso pubbliche amministrazioni*)
 avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (3):
 • nel profilo professionale di _____, a tempo indeterminato - a tempo determinato, con rapporto di lavoro esclusivo - non esclusivo - a tempo pieno - a tempo parziale (n. _____ ore settimanali), con effetto dal _____ e fino al _____ presso la seguente Pubblica Amministrazione:

_____, usufruen-
do dei seguenti periodi di aspettativa:

da _____ a _____ per

(*indicare il motivo*)

- nel profilo professionale di _____, a tempo indeterminato - a tempo determinato, con rapporto di lavoro esclusivo - non esclusivo - a tempo pieno - a tempo parziale (n. _____ ore settimanali), con effetto dal _____ e fino al _____ presso _____ la _____ seguente Pubblica Amministrazione: _____, usufruen-

do dei seguenti periodi di aspettativa:

da _____ a _____ per

(*indicare il motivo*)

- nel profilo professionale di _____, a tempo indeterminato - a tempo determinato, con rapporto di lavoro esclusivo - non esclusivo - a tempo pieno - a tempo parziale (n. _____ ore settimanali), con effetto dal _____ e fino al _____ presso _____ la _____ seguente Pubblica Amministrazione: _____, usufruen-

do dei seguenti periodi di aspettativa:

da _____ a _____ per

(*indicare il motivo*)

- nel profilo professionale di _____, a tempo indeterminato - a tempo determinato, con rapporto di lavoro esclusivo - non esclusivo - a tempo pieno - a tempo parziale (n. _____ ore settimanali), con effetto dal _____ e fino al _____ presso _____ la _____ seguente Pubblica Amministrazione: _____, usufruen-

do dei seguenti periodi di aspettativa:

da _____ a _____ per

(*indicare il motivo*)

non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

- n) di non essere stato dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti/autocertificazioni false o viziate da invalidità non sanabile;
- o) che le fotocopie di tutti i documenti allegati alla presente domanda sono conformi agli originali, ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000;
- p) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196, ai fini della gestione della presente procedura selettiva e degli adempimenti conseguenti.

Dichiara altresì, sotto la propria responsabilità, che le dichiarazioni contenute nel curriculum professionale concernente le attività professionali, di studio, direzionali-organizzative, sono veritiere.

Si allega copia fotostatica di un documento di identità.

Chiede infine che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo:

Dott. _____ Via _____ (C.A.P. _____)
Comune _____ Provincia _____ (Tel. _____)

Data _____

firma (4)

- _____
- (1) in caso positivo, specificare di quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.
 - (2) in caso affermativo specificare quali.
 - (3) in caso affermativo, specificare l'Amministrazione presso la quale il servizio è stato prestato, il profilo professionale e la disciplina, se il servizio è stato prestato a tempo pieno o a tempo definito, a completo orario di servizio o a tempo parziale, il periodo, i periodi di aspettativa senza assegni usufruiti, nonché gli eventuali motivi di cessazione.
 - (4) la firma in calce alla domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione delle domande. Nel caso in cui la domanda venga spedita a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento, ovvero mediante posta elettronica certificata (PEC), alla stessa, debitamente sottoscritta nei modi stabiliti dalla vigente normativa, dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato. **La mancata sottoscrizione della domanda costituisce motivo di esclusione dalla presente procedura selettiva**

ALLEGATO B**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, residente a _____ (prov. _____) in Via _____, n. _____,

ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, 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***Specializzazione/i******Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali ha svolto l'attività e tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime******Servizi prestati – Posizione funzionale nelle strutture e competenze*** (indicare anche gli specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione)***Tipologia e quantità delle prestazioni effettuate*** – (allegare una casistica relativa alle specifiche esperienze ed 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 di laurea o di specializzazione con indicazione delle ore annue di insegnamento***

Soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a un anno (esclusi i tirocini obbligatori)

Corsi, congressi, convegni, seminari, anche effettuati all'estero

Pubblicazioni edite a stampa (allegare quelle ritenute più significative, in originale o in copia autenticata)

Altro

Data, _____

IL DICHIARANTE
