

## FAC-SIMILE DOMANDA DI AMMISSIONE

Al Direttore Generale  
dell'Azienda U.L.S.S. n. 1  
Via Feltre, n. 57  
32100 BELLUNO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso/a all'avviso pubblico indetto per il conferimento dell'incarico di direzione della struttura complessa U.O.C. di ortopedia e traumatologia dell'Ospedale di Agordo.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e 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, dichiara:

- a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (codice fiscale \_\_\_\_\_);
- b) di essere residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- c) di essere cittadino/a \_\_\_\_\_ (1);
- d) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (2);
- e) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: \_\_\_\_\_;
- f) di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti (3);
- g) di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_, conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (4);
- h) di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_, conseguito il \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_ (4);
- i) di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
- j) di essere in possesso dell'anzianità di servizio nella disciplina di \_\_\_\_\_, richiesta ai fini dell'ammissione, maturata come specificatamente indicato nel curriculum formativo e professionale (anzianità complessiva nella disciplina di \_\_\_\_\_ anni);
- k) di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni e specificatamente \_\_\_\_\_ (5);
- l) di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- m) di consentire l'utilizzo dei dati personali, compresi quelli sensibili, se necessario alla procedura.

Chiede infine che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Sig. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

=====

(1) Indicare la cittadinanza e l'eventuale sussistenza di una delle condizioni di cui all'art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche e integrazioni. I cittadini stranieri devono dichiarare nella domanda di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana e di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza.

(2) In caso di non iscrizione o di cancellazione dalle liste elettorali, indicare i motivi.

(3) In caso contrario, indicare le condanne penali riportate (comprese sentenze di patteggiamento) e i procedimenti penali pendenti.

(4) In caso di titolo conseguito all'estero deve essere indicato il provvedimento di riconoscimento dell'equipollenza al corrispondente titolo rilasciato in Italia.

(5) Indicare i servizi prestati, con precisazione dell'ente, della qualifica e dei periodi, e le eventuali cause di cessazione.

## CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

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

ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. n. 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:

**Titolo/i 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** (allegare attestazione rilasciata dall'ente o azienda presso i quali l'attività è stata svolta)

**Servizi prestati - Posizione funzionale nelle strutture e competenze** (indicare anche eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione – allegare la casistica relativa dell'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** (indicare anche le 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** (da allegare)

**Altro**

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

---

