ALLEGATO A

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 anestesia e rianimazione dell'Ospedale di Agordo (apicalità condivisa con l'Ospedale di Pieve di Cadore).

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. _____
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 condanni penali riportate 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.

ALLEGATO B

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

_____

ALLEGATO C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 19 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)
(Attestazione conformità all'originale)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____

il _____, residente a _____ (prov. ____)

in Via _____ n. _____,

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 la conformità all'originale dei seguenti documenti *(elencare documenti)*:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data _____

IL DICHIARANTE

_____