Allegato A

DOMANDA DI AMMISSIONE

Al COMMISSARIO
dell'Azienda U.L.S.S. n. 7
via Lubin, 16
31053 PIEVE DI SOLIGO (TV)

_l_ sottoscritt_ _____ chiede di partecipare all'avviso pubblico per incarico quinquennale di **direttore dell'unità operativa complessa di ortopedia e traumatologia** – disciplina ortopedia e traumatologia, presso il presidio ospedaliero unico di rete sede di Conegliano, indetto da codesta amministrazione con deliberazione n. _____ del _____.

Dichiara sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

a) di essere nat_ a/o _____ il_____ e di risiedere attualmente a _____ in via _____ n. _____;
b) di essere in possesso della cittadinanza italiana (sono equiparati ai cittadini italiani gli italiani non appartenenti alla Repubblica) o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea. I cittadini degli stati membri dell'Unione Europea devono dichiarare, altresì, di godere dei diritti civili e politici anche nello stato di appartenenza o provenienza, ovvero i motivi di mancato godimento e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 febbraio 1994, n. 174);
c) di essere in possesso dell'idoneità all'impiego senza alcuna limitazione specifica per la funzione richiesta dal posto in oggetto;
d) di essere/non essere iscritt_ nelle liste elettorali del comune di _____ **(1)**;
e) di avere/non avere riportato condanne penali **(2)**;
f) di avere/non avere procedimenti penali in corso **(2)**;
g) di essere in possesso del diploma di laurea:_____ conseguito in data _____ presso _____;
h) di essere in possesso dell'abilitazione professionale:_____ conseguita nell'anno _____ presso _____;
i) di essere in possesso della specializzazione in: _____ conseguita nell'anno _____ presso _____;
j) di essere in possesso del requisito relativo all'anzianità: (specificare) _____;
k) di essere/non essere in possesso dell'attestato manageriale conseguito il _____ presso _____ _____;
l) di essere iscritto all'albo dell'ordine professionale della provincia di _____;
m) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: _____;
n) di avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni come indicato nel curriculum **(Allegato B)**;

o) 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 _____;

p) che il codice fiscale è il seguente: _____;

q) di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti:

r) che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

Sig. _____

via _____

C.A.P. _____ comune _____ prov. ___ telefono _____

ALLEGA:

1. **curriculum vitae (Allegato B);**
2. **certificazione rilasciata dal Direttore sanitario, sulla base dell'attestazione del direttore responsabile del competente dipartimento o unità operativa di appartenenza, 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;**
3. **pubblicazioni in copia cartacea relative alla produzione scientifica edite a stampa degli ultimi 5 anni, strettamente pertinente alla disciplina, pubblicate su riviste italiane o straniere caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori, nonché il relativo impatto sulla comunità scientifica;**
4. **ricevuta tassa concorso di € 10,33;**
5. **elenco dei documenti presentati;**
6. **fotocopia del documento di identità valido.**

DICHIARA INOLTRE

che i documenti allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 19 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni.

Data, _____ Firma

_____

(ai sensi dell'art. 39 D.P.R. 445/2000 la sottoscrizione non necessita di alcuna autentica)

(1) in caso positivo, specificare in quale comune; in caso negativo, indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;

(2) in caso affermativo, specificare quali.

Allegato B

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

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

nato/a a ...……...……. il ____/____/_____

residente a ……..……..…….……prov. ……

in via ..... n. …….

telefono n. …….....……. e-mail …….…….……

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del **decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445**

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 decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, e/o del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare i seguenti estremi del provvedimento (numero e data) di equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'autorità italiana competente)

Attestato manageriale ……..……

conseguito presso …….……..……..

in data ____/____/_____ della durata di anni …….

Ulteriori titoli di studio ……..……

conseguiti presso ……..……..

…….

in data ____/____/_____ della durata di anni …….

Altro (es. dottorato di ricerca, master universitario) …….……

conseguito presso ……....……..

……

in data ____/____/_____ della durata di anni ……

Abilitazione all'esercizio della professione nel ……..

Iscrizione albo ordine dei Medici Chirurghi di …….…….……

n. posizione ……..…….. data decorrenza iscrizione ____/____/_____

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

- **Pubblica amministrazione** …….……
  (nel caso di casa di cura riconosciuta quale presidio ospedaliero di unità sanitaria locale (specificare gli estremi del decreto di riconoscimento)

  indirizzo ……..…….. telefono ……..

  profilo ……..……..…. disciplina ……..……..

- rapporto di lavoro subordinato dal (gg/mm/anno) ____/____/_____ al (gg/mm/anno) ____/_____/_____

  aspettativa senza assegni dal (gg/mm/anno) _____/_____/_____ al (gg/mm/anno) _____/_____/_____

  ❑ tempo determinato ❑ tempo indeterminato
  ❑ tempo pieno ❑ tempo ad orario ridotto n. ore ……/38 ore settimanali

  ❑ ricorrono / ❑ non ricorrono le condizioni previste dall'art. 46 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761

  eventuale causa di risoluzione del contratto ……..……...……..…….

- rapporto di lavoro come specialista ambulatoriale (SAI) dal (gg/mm/anno) __/__/__ al (gg/mm/anno)__/__/___

  ❑ tempo determinato/provvisorio ❑ tempo indeterminato

  n. ore ……settimanali

- altri rapporti di lavoro (es. libero professionista, co.co.co.) dal (gg/mm/anno) __/_/__ al (gg/mm/anno) __/__/__

  n. ore ……settimanali

ESPERIENZE LAVORATIVE ALL'ESTERO *(da compilare e ripetere per ciascuna esperienza lavorativa all'estero)*

……..…….

…….

(per i servizi prestati all'estero, è necessario indicare anche il numero e la data del provvedimento di riconoscimento da parte dell'autorità italiana competente)

TIPOLOGIA DELLE ISTITUZIONI IN CUI SONO ALLOCATE LE STRUTTURE PRESSO LE QUALI HA SVOLTO L'ATTIVITA' E TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI EROGATE DALLE STRUTTURE MEDESIME ***(eventualmente da duplicare)***

- **Pubblica amministrazione** ***(da indicare l'indirizzo completo)***

……

a) tipologia delle istituzioni ……..……...……

……

b) tipologie delle prestazioni erogate dalla struttura……..……..

……..

- **Altro (es. casa di cura convenzionata)** ***(da indicare l'indirizzo completo)***

……..…….…….…

a) tipologia delle istituzioni ……..……..

……..

b) tipologie delle prestazioni erogate ……..

……..……

POSIZIONE FUNZIONALE NELLE STRUTTURE E COMPETENZE *(eventualmente da duplicare)*

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

- **Pubblica amministrazione** ***(da indicare l'indirizzo completo)***

……..……..……

con la qualifica di ……..…… nella disciplina di ……

❑ direttore struttura complessa ……...

❑ responsabile struttura semplice dipartimentale ……. ……...

❑ responsabile struttura semplice ……...

❑ alta specializzazione …….....

❑ incarico ai sensi dell'art. 15 septies o 15 octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i

……..……...

- **Altro (es. Casa di Cura convenzionata)** ***(da indicare l'indirizzo completo)***

……..…….……

con la qualifica di ……..…… nella disciplina di ……

❑ direttore struttura complessa ……...

❑ responsabile struttura semplice dipartimentale ……. ……...

❑ responsabile struttura semplice ……...

❑ alta specializzazione …….....

❑ incarico ai sensi dell'art. 15 septies o 15 octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i

……..…...

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 di appartenenza)

Si allega al presente curriculum la certificazione originale / in copia che si dichiara, ai sensi degli artt. 19 e 47 del decreto legislativo 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i., 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) _____/_____/_____

con la qualifica

di……

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)

con la qualifica di ……..……..……..……

dal (gg/mm/aa) _____/_____/_____ al (gg/mm/aa) _____/_____/_____

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

1	☐ corso di aggiornamento	☐ convegno	☐ congresso	☐ seminario	☐ meeting	☐ altro (specificare)
organizzato da:				presso:		
tema:					esame finale: ☐ SI ☐ NO	
periodo: dal ___/___/_____ al ___/___/_____ ☐ partecipante ☐ relatore				giornate totali n. _____ ore totali n. _____		

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

(Da allegare COPIA della produzione scientifica edita a stampa, DEGLI ULTIMI 5 ANNI, 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 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., dichiara che le copie delle pubblicazioni – edite a stampa – allegate al presente curriculum e di seguito elencate, sono conformi agli originali:

❑ poster ❑ abstract ❑ articolo ❑ capitolo di libro ❑ altro…...……..……..

❑ nazionale ❑ internazionale……...……..……

titolo: ……..……...

autori ……..……

❑ rivista scientifica ❑ altro

…...……..…….

ULTERIORI CAPACITA' E COMPETENZE da valutarsi nell'ambito del colloquio ***(da duplicare se necessario)***

gestionali…….

tecniche…….……..

organizzative ……..……

di direzione…….

lingue straniere conosciute: ❑ inglese ❑ francese ❑ tedesco ❑ altro ……..…….……..

COMPRENSIONE		ESPRESSIONE		SCRITTURA
ascolto	lettura	interazione	produzione orale	

Livelli: A1/2 elementare; B1/2 intermedio; C1/2 avanzato

Il sottoscritto dichiara che i contenuti del presente curriculum e la casistica delle esperienze e delle attività professionali svolte sono correttamente e veridicamente riportate.

Luogo e Data

_____

Firma per esteso

_____