

**Al Direttore Generale  
dell'Azienda Ospedaliera di Padova  
Via Giustiniani 2 – 35128 PADOVA**

Il/La sottoscritto/a .....

**CHIEDE**

di essere ammesso/a all'AVVISO per l'attribuzione dell'incarico quinquennale di (indicare struttura) ..... – Disciplina: ..... – Profilo Prof.le: ..... – Area: ..... – Ruolo Sanitario.

**A tal fine, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000**

**DICHIARA**

- a) di essere nato/a a ..... (Prov. di ...) il ..... e di risiedere a ..... via ..... n. .... (C.A.P.....);
- b) di essere cittadino/a (Indicare nazionalità) .....
- c) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di ..... (In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicarne i motivi);
- d) di non aver riportato condanne penali (In caso contrario indicare le condanne penali riportate ed i procedimenti penali pendenti);
- e) di essere in possesso del/i titolo/i di studio richiesto/i per l'accesso alla posizione funzionale cui si ferisce l'avviso e precisamente: .....; (laurea/abilitazione etc.)
- f) di essere in possesso degli eventuali ulteriori requisiti specifici di ammissione (specializzazione, iscrizione albo professionale, anzianità servizio, ecc.) richiesti dal bando al punto 1 (Indicare quelli previsti);
- g) di essere nei riguardi degli obblighi militari nella posizione di .....
- h) di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni/privati (Indicare i servizi prestati e le eventuali cause di cessazione. Ai fini della valutazione allegare i certificati di servizio o autocertificare in modo dettagliato l'esatta denominazione ed indirizzo degli Enti, il profilo professionale, il tipo di rapporto di lavoro, sede, qualifiche rivestite con relativa disciplina, data iniziale e finale del servizio reso, aspettative, percentuale del part – time, ecc.
- i) di non essere stato/a escluso/a dall'elettorato attivo e di 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;
- j) che le seguenti copie di documenti, allegate alla domanda, sono conformi all'originale (Elencare solo le copie dei documenti e/o pubblicazioni da autenticare):  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_
- k) di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000.

Ogni comunicazione relativa al presente AVVISO deve essere fatta al seguente indirizzo:  
..... (Indicare il C.A.P.). Tel. n. ....

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Documenti da allegare alla domanda:**

- curriculum formativo e professionale autocertificato in modo dettagliato con i titoli oggetto di valutazione;
- elenco in duplice copia in carta semplice, dei documenti e dei titoli presentati;
- un elenco delle pubblicazioni e abstracts
- fotocopia del documento di identità personale in corso di validità.
- Documento di identità

## CURRICULUM

## ALLEGATO B

Il/La sottoscritto/a .....

### CHIEDE

In relazione alla partecipazione all'AVVISO per l'attribuzione dell'incarico quinquennale di (indicare struttura) ..... – Disciplina: ..... – Profilo Prof.le: ..... – Area: ..... – Ruolo Sanitario.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere:

*(NB: le sottoelencate tipologie sono esemplificative; possono essere ampliate in relazione alle attività effettivamente svolte in relazione alle esigenze esplicitate nell'avviso)*

Titoli di studio - titoli accademici, scientifici e di studio:

---

---

Specializzazioni -

---

---

Servizi prestati/incarichi - **alla posizione funzionale** del candidato nelle strutture ed alle sue competenze con indicazione di specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione

---

---

attività didattica - presso **corsi di studio per il conseguimento** di diploma di laurea o di specializzazione con indicazione delle ore annue di insegnamento

---

---

**tipologia delle istituzioni** in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e **alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime**

---

---

**tipologia ed alla quantità delle prestazioni effettuate** dal candidato. La casistica deve essere riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione dell'avviso per estratto nella Gazzetta Ufficiale e dovrà essere certificata dal Direttore Sanitario sulla base delle attestazioni del Direttore del competente dipartimento o unità operativa di appartenenza.

---

---

---

**pubblicazioni edite a stampa** - alla produzione scientifica strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori, nonché il suo impatto sulla comunità scientifica

---

---

corsi e iniziative di formazione/aggiornamento frequentati - **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 con esclusione dei tirocini obbligatori nonché alla partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all'estero, valutati secondo i criteri dell'art. 9 del DPR n.484/1997

---

---

**NB** Ai sensi della nuova normativa il candidato deve presentare i documenti relativi alla **tipologia delle istituzioni** in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e **alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime e tipologia ed alla quantità delle prestazioni effettuate**, richiedendoli alle Amministrazioni di competenza, in quanto sono oggetto di valutazione da parte della commissione esaminatrice e concorrono alla formazione del punteggio finale.

**Data** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**ALLEGATO C**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'**

**(ART. 47 E ART. 19 DPR N. 445/2000)**

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità dichiaro CHE LE COPIE DEI DOCUMENTI ALLEGATE alla domanda agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria sono conformi all'originale (elencarle singolarmente di seguito):

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

ecc.

**Data** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_