

Fac-Simile Domanda

ALLEGATO A

**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

1. di essere nato/a a (Prov. di ...) il e di risiedere a via n. (C.A.P.....);
2. di essere cittadino/a (Indicare nazionalità)
3. 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);
4. di non aver riportato condanne penali (In caso contrario indicare le condanne penali riportate ed i procedimenti penali pendenti);
5. 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.)
6. 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);
7. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella posizione di
8. 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.
9. 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;
10. 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. _____
11. 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 _____