

FAC-SIMILE DOMANDA DI AMMISSIONE

Al Direttore Generale
Azienda ULSS n. 2 di Feltre
Dott. Adriano Rasi Caldogno
Via Bagnols Sur Ceze n. 3
32032 Feltre (BL)

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico di direzione della struttura complessa U.O. di _____ (avviso prot. n. _____ del _____).

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 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 _____;
- h) di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____, conseguito il _____, presso _____;
- 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 _____ (4);
- 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 accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti.

Si allega copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità, in corso di validità.

Chiede infine che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Sig. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____
Telefono _____ E-mail _____ Pec _____

Data _____

(firma)

-
- (1) Indicare la cittadinanza. I cittadini di uno degli Stati dell'Unione Europea 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 e i procedimenti penali pendenti.
 - (4) Indicare i servizi prestati, con precisazione dell'ente, della qualifica e dei periodi, e le eventuali cause di cessazione.

ALLEGATO B

Al Direttore Generale
Azienda ULSS n. 2 di Feltre
Dott. Adriano Rasi Caldogno
Via Bagnols Sur Ceze n. 3
32032 Feltre (BL)

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. 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

Servizi prestati – posizione funzionale nelle strutture e competenze (indicare anche eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione – allegare una casistica di specifiche esperienze e attività professionali svolte, riferita all'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 universitario, di laurea o di specializzazione, ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario (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 (allegare quelle ritenute più significative, in originale o in copia autenticata)

Altro

Data _____

IL DICHIARANTE

ALLEGATO C

Al Direttore Generale
Azienda ULSS n. 2 di Feltre
Dott. Adriano Rasi Caldogno
Via Bagnols Sur Ceze n. 3
32032 Feltre (BL)

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. 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
