

## 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

\_\_\_\_\_