

FAC-SIMILE DOMANDA DI AMMISSIONE

Al Direttore Generale
dell'Azienda U.L.S.S. n. 1 Dolomiti
Via Feltre n. 57
32100 BELLUNO

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a all'avviso pubblico indetto per il conferimento dell'incarico di direzione della struttura complessa U.O.C. di chirurgia generale dell'Ospedale di Pieve di Cadore.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 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 _____ (4);
- h) di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____, conseguito il _____, presso _____ (4);
- 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 _____ (5);
- 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 consentire l'utilizzo dei dati personali, compresi quelli sensibili, se necessario alla procedura.

Chiede infine che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Sig. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____
PEC _____
Telefono _____ Email _____
Data _____

(firma)

=====

(1) Indicare la cittadinanza e l'eventuale sussistenza di una delle condizioni di cui all'art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche e integrazioni. I cittadini stranieri 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) In caso di titolo conseguito all'estero deve essere indicato il provvedimento di riconoscimento dell'equipollenza al corrispondente titolo rilasciato in Italia.

(5) Indicare i servizi prestati, con precisazione dell'ente, della qualifica e dei periodi, e le eventuali cause di cessazione.

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

| | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------|
| <i>Il/La sottoscritto/a</i> | <i>Cognome</i> | <i>Nome</i> |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------|

| | | |
|------------------------|----------------|--------------------|
| <i>nato/a il</i> | <i>a</i> | <i>Prov.</i> |
|------------------------|----------------|--------------------|

ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. n. 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

| | |
|---|-------|
| di essere in possesso della laurea in | ..... |
| <i>conseguita in data</i> | ..... |
| <i>presso l'Università degli Studi di</i> | ..... |
| <i>(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)</i> | |
| <i>Riconoscimento a cura di</i> | |
| <i>in data</i> | |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

| | |
|--|-------|
| di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei | ..... |
| <i>della provincia di</i> | ..... |
| <i>dal</i> | ..... |
| <i>numero d'iscrizione</i> | ..... |

| | |
|--|-------|
| Di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione: | |
| <i>Specializzazione in</i> | ..... |
| <i>conseguita in data</i> | ..... |
| <i>presso l'Università degli Studi di</i> | ..... |
| <i>Specializzazione in</i> | ..... |
| <i>conseguita in data</i> | ..... |
| <i>presso l'Università degli Studi di</i> | ..... |
| <i>Specializzazione in</i> | ..... |
| <i>conseguita in data</i> | ..... |
| <i>presso l'Università degli Studi di</i> | ..... |
| <i>In caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)</i> | |
| <i>Riconoscimento a cura di</i> | |
| <i>in data</i> | |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

| | |
|--|---|
| Di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di: | |
| <i>Profilo professionale</i> | ..... |
| <i>Disciplina</i> | ..... |
| <i>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</i> | ..... |
| <i>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</i> | ..... |
| <i>Dal</i> <i>al</i> | <i>con rapporto a tempo</i> <input type="checkbox"/> <i>determinato</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>con interruzione di servizio dal</i> <i>al</i> | <input type="checkbox"/> <i>indeterminato</i> |
| | <i>e orario</i> <input type="checkbox"/> <i>tempo pieno</i> <input type="checkbox"/> <i>tempo</i> |

| | |
|--|---|
| per..... . | ridotto (ore ...) |
| Dal al <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per..... . | con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore) |
| Profilo professionale | ..... |
| Disciplina | ..... |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | ..... |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) | ..... |
| Dal al <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per..... . | con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore....) |
| Dal al <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per..... . | con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...) |
| Profilo professionale | ..... |
| Disciplina | ..... |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | ..... |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) | ..... |
| Dal al <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per..... . | con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...) |
| Dal al <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per..... . | con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...) |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

| | |
|--|--|
| Di aver prestato attività di specialista ambulatoriale interno: | |
| Nella branca di | ..... |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | ..... |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) | ..... |
| Dal al | con impegno settimanale pari a ore ... |
| Nella branca di | ..... |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | ..... |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) | ..... |
| Dal al | con impegno settimanale pari a ore ... |
| Nella branca di | ..... |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | ..... |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) | ..... |
| Dal al | con impegno settimanale pari a ore ... |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

| | |
|--|--|
| Di aver prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (co.co.co., incarico libero- professionale, prestazione occasionale): | |
| Profilo/Mansione/Progetto | |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Indirizzo (sede Azienda, Ente...) | |
| Dal..... al..... | con impegno settimanale pari a ore ... |
| Profilo/Mansione/Progetto | |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) | |
| Dal..... al..... | con impegno settimanale pari a ore ... |
| Profilo/Mansione/Progetto | |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente...) | |
| Dal..... al..... | con impegno settimanale pari a ore ... |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Ambiti di autonomia professionale (indicare incarichi dirigenziali assegnati, ad es. incarichi di direttore di struttura complessa, di responsabile di struttura semplice, professionali di alta specializzazione, ecc.)

| | |
|--------------------------------------|--|
| Tipologia di incarico | |
| Descrizione attività svolta | |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) | |
| Dal..... al..... | |
| Tipologia di incarico | |
| Descrizione attività svolta | |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) | |
| Dal..... al..... | |
| Tipologia di incarico | |
| Descrizione attività svolta | |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) | |
| Dal..... al..... | |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver svolto attività didattica (presso corsi di studio per il conseguimento di diploma di laurea o di specializzazione - esclusa attività di docente/relatore in corsi di aggiornamento/convegni/congressi)

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| Nell'ambito del corso di | |
| Presso la Facoltà di | |
| Università di | |
| insegnamento | |
| a.a..... | Ore docenza complessive ... |
| Nell'ambito del corso di | |
| Presso la Facoltà di | |
| Università di | |
| insegnamento | |
| a.a..... | Ore docenza complessive ... |
| Nell'ambito del corso di | |
| Presso la Facoltà di | |
| Università di | |
| insegnamento | |
| a.a..... | Ore docenza complessive ... |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver effettuato soggiorni di studio/addestramento professionale

| | |
|--------------------------------------|--|
| Struttura | |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) | |
| Dal..... al..... | con impegno settimanale pari a ore ... |
| Struttura | |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) | |
| Dal..... al..... | con impegno settimanale pari a ore ... |
| Struttura | |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) | |
| Dal..... al..... | con impegno settimanale pari a ore ... |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

| | |
|---|--|
| Di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale | |
| Titolo del corso | |
| Contenuti del corso | |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | |
| Dal..... al..... | con impegno orario totale pari a ore ... |
| Titolo del corso | |
| Contenuti del corso | |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | |
| Dal..... al..... | con impegno orario totale pari a ore ... |
| Titolo del corso | |
| Contenuti del corso | |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.) | |
| Dal..... al..... | con impegno orario totale pari a ore ... |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

| | |
|---|--|
| Di essere autore dei seguenti lavori scientifici (editi a stampa - indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori). I lavori devono essere anche allegati. | |
| | |
| | |
| | |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

| | |
|---|--|
| Di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori (editi a stampa - indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori). I lavori devono essere anche allegati. | |
| | |
| | |
| | |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

| Di aver partecipato quale RELATORE ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari) | | | | | |
|---|------------------|---------|-----|----------------------|-------------|
| Ente organizzatore | Titolo del corso | Periodo | Ore | Luogo di svolgimento | Crediti ECM |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(duplicare righe in caso di necessità)

Di aver partecipato quale Uditore ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)

| <i>Ente organizzatore</i> | <i>Titolo del corso</i> | <i>Periodo</i> | <i>Ore</i> | <i>Luogo di svolgimento</i> | <i>Crediti ECM</i> |
|---------------------------|-------------------------|----------------|------------|-----------------------------|--------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(duplicare righe in caso di necessità)

| |
|-----------------------|
| Altre attività |
| |
| |
| |
| |

(duplicare righe in caso di necessità)

Data _____

Firma _____

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. n. 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
