

Allegato "A"

(FAC-SIMILE DOMANDA)

Al Direttore Generale  
dell'Istituto Oncologico Veneto (I.O.V.) I.R.C.C.S.  
PADOVA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso al concorso pubblico, per titoli e esami, per l'assunzione, a tempo indeterminato, di n.1 DIRIGENTE SANITARIO – ruolo sanitario - profilo professionale: Medici – disciplina: ANESTESIA E RIANIMAZIONE.

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000:

- a) di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere attualmente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- b) di essere in possesso del seguente codice fiscale: \_\_\_\_\_;
- c) di essere di stato civile: \_\_\_\_\_ (figli n.: \_\_\_\_\_);
- d) di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;
- e) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;
- f) di avere/non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali in corso;
- e) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_
- f) di essere in possesso del diploma di specializzazione: \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ e durata legale del corso: \_\_\_\_\_ conseguita ai sensi del D.Lgs. \_\_\_\_\_;
- i) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
- j) di avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni (vedi certificazione allegata alla domanda);
- k) di non avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni;
- l) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
- m) di essere nella seguente posizione relativamente all'adempimento degli obblighi militari
  - 1) di aver prestato servizio militare dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - in qualità di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
  - 2) di non aver prestato servizio militare.
- n) di avere titolo a preferenza nell'assunzione per il seguente motivo (art. 5 D.P.R. 09.05.1994, n. 487)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- o) che le fotocopie della documentazione allegata, sono conformi agli originali, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000. A tal fine si allega fotocopia di un documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_;

p) di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti.

Per i portatori di handicap (si intendono portatori di handicap solo i soggetti riconosciuti tali a seguito di accertamenti effettuati dalle aziende sanitarie locali mediante commissioni mediche di cui all'art. 4 della Legge n. 104/1992):

- dichiara di essere portatore di handicap ai sensi della Legge n. 104/1992 e di aver necessità dei seguenti ausili:  
\_\_\_\_\_;
- ovvero dei seguenti tempi aggiuntivi: \_\_\_\_\_;
- in sede d'esame in relazione allo specifico handicap: \_\_\_\_\_;

Infine, accetta senza riserve, tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando nonché di quelle che disciplinano o disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale delle Aziende Unità Locali Socio-Sanitarie, e da espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti;

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo:

Sig. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
tel.: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e-mail (PEC) \_\_\_\_\_

impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive, riconoscendo che l'amministrazione non assume responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario per la dispersione di comunicazioni, dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente o da mancata, oppure tardiva, comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per gli eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

*Nel caso in cui la domanda venga spedita a mezzo servizio postale, o comunque, la firma non venga apposta davanti all'incaricato a ricevere le domande, deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità personale in corso di validità.*

*I dati personali trasmessi dai candidati per la partecipazione all'avviso, ai sensi dell'art. 13 – comma 1- del Decreto Legislativo 30.06.2003 n.*

*196, saranno trattati per le finalità di gestione dell'avviso e per l'eventuale assunzione in servizio ovvero per la gestione del rapporto stesso.*

*Per ogni altro riferimento al trattamento dei dati personali si fa riferimento al bando di avviso.*

Allegato "B"

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**  
**per i servizi prestati presso Pubblica Amministrazione**

In riferimento alla domanda di partecipazione al concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione, a tempo indeterminato, di n. 1 DIRIGENTE SANITARIO – ruolo sanitario - profilo professionale: Medici – disciplina: ANESTESIA E RIANIMAZIONE.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

- **Aver prestato servizio alle dipendenze** .....

- Indirizzo completo

.....

- Con la qualifica di

.....

- nella disciplina di

.....

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... fine ...../...../.....

Tempo pieno;                       Tempo parziale (n. \_\_\_\_ ore settimanali)

Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;

Tempo determinato;

A tempo unico;

A tempo definito;

Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001);

Collaborazione Coordinata e Continuativa;

Borsa di Studio;

Medico specialista ambulatoriale;

Altro .....

eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al .....

(Nel caso di dichiarazioni di servizio indicare se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio).

**A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.**

**Firma**

Data .....

.....

I dati personali trasmessi dai candidati per la partecipazione all'avviso, ai sensi dell'art. 13 – comma 1- del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196, saranno trattati per le finalità di gestione dell'avviso e per l'eventuale assunzione in servizio ovvero per la gestione del rapporto stesso. Per ogni altro riferimento al trattamento dei dati personali si fa riferimento al bando.

Allegato "C"

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

*(solo dichiarazioni di attività didattica, frequenza volontaria, stage, volontariato, tirocini, ecc.)*

In riferimento alla domanda di partecipazione al concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione, a tempo indeterminato di n. 1 DIRIGENTE SANITARIO – ruolo sanitario - profilo professionale: Medici – disciplina: ANESTESIA E RIANIMAZIONE.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

- **Aver svolto la seguente attività** ..... presso la

-

Struttura/Ente/Ditta:.....

.....

- Indirizzo completo

.....

- Periodo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... fine ...../...../.....

- per un totale complessivo di ore .....

- **Aver svolto la seguente attività** ..... presso la

- Struttura Ente / Ditta:.....

Indirizzo completo .....

- Periodo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... fine ...../...../.....

- per un totale complessivo di ore .....

*(Nel caso di attività didattica indicare la materia di insegnamento e/o l'argomento).*

A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Data .....

.....

(firma per esteso del dichiarante)

Allegato "D"

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**  
**per iniziative di aggiornamento e di formazione**

In riferimento alla domanda di partecipazione al concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione, a tempo indeterminato di n. 1 DIRIGENTE SANITARIO – ruolo sanitario - profilo professionale: Medici – disciplina: ANESTESIA E RIANIMAZIONE.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> convegno	<input type="checkbox"/> congresso	<input type="checkbox"/> seminario	<input type="checkbox"/> meeting	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
organizzato da:				dove si è svolto (località):		
sul tema:.....				con esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
periodo: dal _____ al _____		per complessive giornate n. _____		per complessivi crediti ECM n. _____		
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> convegno	<input type="checkbox"/> congresso	<input type="checkbox"/> seminario	<input type="checkbox"/> meeting	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
organizzato da:				dove si è svolto (località):		
sul tema:.....				con esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
periodo: dal _____ al _____		per complessive giornate n. _____		per complessivi crediti ECM n. _____		
<b>3</b>	<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> convegno	<input type="checkbox"/> congresso	<input type="checkbox"/> seminario	<input type="checkbox"/> meeting	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
organizzato da:				dove si è svolto (località):		
sul tema:.....				con esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
periodo: dal _____ al _____		per complessive giornate n. _____		per complessivi crediti ECM n. _____		

Il Candidato si impegna a produrre i relativi attestati qualora l'Amministrazione, ai fini del controllo sulla veridicità di quanto dichiarato, ne richiedesse la presentazione.

A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

**Firma**

Data .....

I dati personali trasmessi dai candidati per la partecipazione al concorso, ai sensi dell'art. 13 – comma 1- del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196, saranno trattati per le finalità di gestione del concorso e per l'eventuale assunzione in servizio ovvero per la gestione del rapporto stesso. Per ogni altro riferimento al trattamento dei dati personali si fa riferimento al bando di avviso.