

ALLEGATO 1)

[protocollo.aoui.vr@pecveneto.it](mailto:protocollo.aoui.vr@pecveneto.it)

o Raccomandata a.r.

Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona  
P.le A. Stefani, 1  
37126 - V E R O N A

Il/La sottoscritto/a ..... chiede di essere ammesso/a al concorso pubblico, per titoli ed esami per l'assunzione a tempo indeterminato ed a rapporto esclusivo di n. 1 Dirigente Medico – disciplina Cardiologia, indetto da codesta Amministrazione con **con bando n° 28199 di prot. del 17/6/2015, repertorio concorsi n. 9/2015.**

Ai sensi e per gli effetti previsti dal D.P.R. 28.12.2000, n. 445 "Testo Unico delle Disposizioni Legislative e Regolamentari in materia di documentazione amministrativa", **consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci**, nonché della sanzione della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera,

**D I C H I A R A**

di essere nato/a a ..... (prov. ....) il .....  
di risiedere attualmente a ..... (prov. ....) CAP .....  
in Via ..... n. ....  
Codice fiscale : .....  
e-mail .....  
Tel. .... Cell. ....  
Indirizzo presso il quale il sottoscritto chiede che venga fatta ogni comunicazione relativa alla presente procedura (se luogo diverso dalla residenza):  
Dott. .... Via .....  
....., n. ....  
Comune ..... Provincia ..... C.A.P. ....

- di avere figli a carico n. ....
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente (indicarla) .....

ovvero

- di essere, ai sensi dell'art. 38 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. :
  - familiare di cittadino titolare di diritto di soggiorno o titolare di diritto di soggiorno permanente;
  - cittadino di Paese terzo (indicare quale \_\_\_\_\_) titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
  - cittadino di Paese terzo (indicare quale \_\_\_\_\_) titolare dello status di rifugiato;
  - cittadino di Paese terzo (indicare quale \_\_\_\_\_) titolare dello status di protezione sussidiaria;
- di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ..... (1)
- di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari .....
- di non aver riportato condanne penali;
- di aver riportato le seguenti condanne penali..... (2)

- di essere in possesso della **laurea in Medicina e chirurgia** conseguita in data.....

.....  
presso l'Università di .....  
indirizzo .....

ovvero

titolo di studio rilasciato all'estero \_\_\_\_\_ equiparato all'analogo titolo di studio conseguito in Italia, riconosciuto con provvedimento/decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ (indicare autorità che ha rilasciato il provvedimento);

• di essere in possesso del **diploma di specializzazione in:** .....  
 .....  
 conseguito ai sensi del D.Lgs. .... della durata legale di anni .....  
 presso l'Università di ..... in data .....

ovvero  
 titolo di studio rilasciato all'estero \_\_\_\_\_ equiparato all'analogo titolo di studio conseguito in Italia, riconosciuto equiparato con provvedimento/decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ (indicare autorità che ha rilasciato il provvedimento);

• di essere iscritto al n. .... dell'**Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi** della Provincia di ..... a decorrere dal .....;  
 (se iscritto all'albo di un Ordine dei Medici di altro Paese specificare gli estremi)

- di non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;  
 ovvero

- di avere prestato servizio presso **Pubbliche Amministrazioni** come di seguito indicato:

Ente: .....  
 indirizzo .....  
 profilo professionale .....  
 date: dal ..... al .....  
 a tempo determinato     a tempo indeterminato  
 rapporto di lavoro subordinato ( dipendente diretto )  
 tempo pieno                     tempo parziale (specificare il periodo e la percentuale oraria)  
 ore settimanali ..... se lavoro come convenzionato .....  
 rapporto cessato per .....

*(ripetere questo schema per ogni diverso datore di lavoro pubblico)*

— di avere prestato servizio presso **privati convenzionati /ospedali classificati o privati non convenzionati – specificare il tipo di ente, il tipo di rapporto di lavoro o il servizio non verrà valutato** come di seguito indicato **(in particolare per gli IRCCS specificare se di natura pubblica o privata):**

Ente: ..... indirizzo .....  
 profilo professionale .....  
 date: dal ..... al .....  
 a tempo determinato     a tempo indeterminato  
 specificare se libero professionale, collaborazione, borsa di studio, etc. ....  
 tempo pieno                     tempo parziale (specificare il periodo e la percentuale oraria)  
 rapporto cessato per .....

*(ripetere questo schema per ogni diverso datore di lavoro)*

- di avere bisogno del seguente ausilio per partecipare alle prove concorsuali: \_\_\_\_\_ e della necessità di eventuali tempi aggiuntivi (specificare esattamente ) (3);

- di essere in possesso del seguente/dei seguenti titoli di precedenza/preferenza (riguardo i figli oltre il numero specificare se sono a carico):  
 .....

- di non essere stato dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile (**dichiarazione obbligatoria**);

- di scegliere la seguente lingua straniera che sarà oggetto di valutazione durante la prova orale:  
 INGLESE     FRANCESE     TEDESCO

**DICHIARA INOLTRE**

ai fini della valutazione di merito di possedere i seguenti ulteriori titoli:

- elenco dei corsi di aggiornamento/formazione professionale o partecipazione a convegni scientifici (specificando per ogni corso/convegno specificare titolo, Ente Organizzatore, data/date, ECM eventualmente conseguiti, partecipazione come uditore o relatore, indirizzo e fax dell'Ente Organizzatore per consentire un eventuale controllo dell'autocertificazione);
- eventuale attività di docenza, specificando corso di studio, ente di indirizzo presso il quale il corso si è svolto e le ore annue di insegnamento;
- che le copie dei seguenti documenti allegati alla domanda (fotocopia documento d'identità, fotocopia di eventuali certificazioni rilasciate da enti privati) sono conformi all'originale in mio possesso:
  - .....
- che le copie delle seguenti **pubblicazioni** allegate alla domanda sono conformi all'originale in mio possesso (indicare il titolo della pubblicazione):
  - 1, .....
  - 2, .....

**Dichiara infine di essere informato che:**

- la Commissione esaminatrice provvederà a pubblicare il calendario delle prove d'esame sul sito aziendale [www.ospedaleuniverona.it](http://www.ospedaleuniverona.it) nella sezione "concorsi" senza invio di comunicazione al domicilio;
- oltre al posto messo a concorso, la graduatoria potrà essere utilizzata dalle altre Aziende ed Enti del Servizio sanitario nazionale entro i limiti consentiti dalla normativa vigente;
- in caso di assunzione in condizioni di particolare necessità e urgenza la comunicazione dell'assunzione gli potrà essere data, oltre che mediante lettera raccomandata a.r., tramite messaggio di posta elettronica o altro strumento ritenuto idoneo dall'azienda.
- di accettare tutte le indicazioni del bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura e degli adempimenti conseguenti (D.lgs 196/2003);

Allega curriculum e fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità (senza tale fotocopia le dichiarazioni nella domanda non hanno valore).

Data .....

.....  
(firma del candidato)

- 1) *in caso positivo, specificare di quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.*
- 2) *in caso affermativo specificare quali. Condanne o procedimenti penali*
- 3) *indicare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per sostenere le prove d'esame cui ha diritto ai sensi dell'art. 20 della Legge 5.2.1992, n. 104 ed allegare la documentazione sanitaria probante.*

ALLEGATO 2)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**PER LA PRODUZIONE SCIENTIFICA SU SUPPORTO INFORMATICO**  
**allegato alla presente domanda**  
**(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)**

Il sottoscritto..... nato a .....  
il ..... in relazione al concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di un  
Dirigente Medico, disciplina di Cardiologia, indetto da codesta Amministrazione con **con bando n° 28199 di**  
**prot. del 17/6/2015, repertorio concorsi n. 9/2015.**

**D I C H I A R A**

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del  
28.12.2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, che le seguenti **PUBBLICAZIONI ALLEGATE SU**  
**SUPPORTO INFORMATICO, sono conformi agli originali in suo possesso.**

- Pubblicazione
- Comunicazione
- Abstract
- Altro .....

Titolo: .....

Rivista di pubblicazione: .....

Data di pubblicazione .....  1° autore  2° autore  altro .....

A tal fine allega la fotocopia del seguente documento d'identità in corso di validità: ..... n.  
..... rilasciato da .....

.....  
(firma)