

**ALLEGATO "1"**

Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona  
Piazzale A. Stefani, 1  
37126 Verona

Il sottoscritto ..... chiede di essere ammesso all'avviso per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico quinquennale, rinnovabile, di Dirigente Medico - Direttore della Struttura complessa di "Chirurgia della mano" - disciplina di Ortopedia e Traumatologia, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. indetto, **con avviso bando n° 48787 di prot. del 19/10/2016, repertorio concorsi n. 9/2016.**

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 : .....;  
Tel. .... Cell .....  
indirizzo e-mail.....

- indirizzo presso il quale il sottoscritto chiede che venga fatta ogni comunicazione relativa alla presente procedura (se luogo diverso dalla residenza):

Dott. ....  
Via ....., n. .... C.A.P. ....  
Comune ..... (Prov. ....)

- di essere in possesso della **cittadinanza** \_\_\_\_\_

ovvero

di essere titolare di una delle posizioni ai sensi dell'art. 38 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. ed in particolare:

- o familiare di cittadino titolare di diritto di soggiorno o titolare di diritto di soggiorno permanente;
- o cittadino di Paese terzo (indicare quale \_\_\_\_\_) titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- o cittadino di Paese terzo (indicare quale \_\_\_\_\_) titolare dello status di rifugiato;
- o 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;

ovvero di AVER riportato le seguenti condanne penali ..... (2);

- di essere iscritto al n. .... dell'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di ..... a decorrere dal ....., e di essere tutt'ora iscritto;

- di essere fisicamente idoneo all'incarico

- di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita in data ..... presso l'Università di ..... Via ..... tel. ....;

- di essere in possesso del diploma di specializzazione in ..... conseguito presso l'Università di ..... in data .....

- di essere / non essere in possesso dell'attestato di Formazione Manageriale di cui all'art. 5, comma 1, lett. D) del

D.P.R. 484/1997;

- di essere in possesso della seguente anzianità di servizio a tempo indeterminato e/o determinato presso enti del S.S.N. ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. 484/1997:

*specificare il tipo di ente o il servizio non verrà valutato (in particolare per gli IRCCS specificare se di natura pubblica o privata):*

**a) in qualità di Direttore di Struttura Complessa:**

**a1)** nella disciplina di \_\_\_\_\_ ovvero nella seguente disciplina equipollente \_\_\_\_\_ maturata dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'U.O.C./Servizio etc.

\_\_\_\_\_ dell'Azienda \_\_\_\_\_ con sede \_\_\_\_\_

in qualità di Direttore di Struttura Complessa;

**a2)** nella seguente "altra" disciplina \_\_\_\_\_ maturata dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'U.O.C./Servizio etc.

\_\_\_\_\_ dell'Azienda \_\_\_\_\_ con sede \_\_\_\_\_

in qualità di Direttore di Struttura Complessa;

**b) in qualità di Direttore di Struttura Semplice o Alta Professionalità:**

**b1)** nella disciplina di \_\_\_\_\_ ovvero nella seguente disciplina equipollente \_\_\_\_\_ maturata presso dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'U.O.C./Servizio

\_\_\_\_\_ dell'Azienda \_\_\_\_\_ con sede \_\_\_\_\_

in qualità di Direttore di Struttura Semplice / con incarico di Alta Professionalità (barrare l'incarico);

**b2)** nella seguente "altra" disciplina \_\_\_\_\_ maturata presso dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'U.O.C./Servizio etc.

\_\_\_\_\_ dell'Azienda \_\_\_\_\_ con sede \_\_\_\_\_

in qualità di Direttore di Struttura Semplice / con incarico di Alta Professionalità (barrare l'incarico)

**c) in qualità di Dirigente Medico:**

**c1)** nella disciplina di \_\_\_\_\_ ovvero nella seguente disciplina equipollente \_\_\_\_\_ maturata dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'U.O.C./Servizio etc.

\_\_\_\_\_ dell'Azienda \_\_\_\_\_ con sede \_\_\_\_\_

in qualità di Dirigente Medico;

**c2)** nella seguente "altra" disciplina \_\_\_\_\_ maturata dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'U.O.C./Servizio etc.

\_\_\_\_\_ dell'Azienda \_\_\_\_\_ con sede \_\_\_\_\_

in qualità di Dirigente Medico

- di avere prestato servizio come dipendente presso **privati convenzionati (specificare il tipo di ente o il servizio non verrà valutato):**

Ente: ..... indirizzo .....

profilo professionale ..... date: dal ..... al .....

a tempo determinato  a tempo indeterminato

a tempo pieno  a tempo parziale (specificare il periodo e la percentuale oraria) .....

rapporto cessato per .....

**indicare eventuali periodi di aspettativa**

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

- di **non essere/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 aver partecipato ai seguenti **soggiorni di studio/addestramento professionale** per attività attinenti alla disciplina nelle seguenti rilevanti strutture italiane/estere di durata non inferiore a 3 mesi con esclusione dei tirocini obbligatori:

Ente: .....  
indirizzo .....  
disciplina .....  
posizione funzionale .....

Tipologia:

soggiorno di studio dal ..... al .....  
addestramento professionale dal ..... al .....

- di aver svolto la seguente **attività didattica** presso corsi di studio per il conseguimento del diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario **con l'indicazione delle ore annue di insegnamento:**

Ente/Università: .....  
indirizzo .....  
in veste di .....  
materia di insegnamento .....  
dal ..... al .....

– Diploma scuola formazione personale sanitario:

anno scolastico ..... insegnamento di .....

Presso .....

indirizzo .....;

per n. ore .....

– Diploma universitario; – Diploma di specializzazione; – Diploma di laurea;

anno accademico .....,

insegnamento di .....

presso la scuola di specializzazione .....

della Facoltà di .....

dell'Università ..... Per n. ore .....

Indirizzo .....;

*(ripetere questo schema per ogni diverso insegnamento)*

- di allegare l'elenco relativo alla **produzione scientifica** strettamente pertinente alla disciplina negli ultimi 5 anni indicando le pubblicazioni  
su riviste nazionali con impact factor negli ultimi 5 anni;  
su riviste internazionali con impact factor negli ultimi 5 anni;  
ulteriori pubblicazioni degli ultimi 5 anni;

#### **DICHIARA INOLTRE ai fini della valutazione di merito**

- di possedere i seguenti ulteriori titoli:  
.....  
.....
- di aver frequentato i seguenti corsi, convegni, congressi e seminari (numerandoli)  
.....  
.....

#### **DICHIARA INFINE**

- che le copie dei seguenti documenti allegati alla domanda (indicando se diversi o meno da quelli sopra dichiarati) sono conformi all'originale in mio possesso:

1) .....

2) .....

- che le copie delle seguenti **pubblicazioni** allegate alla domanda sono conformi all'originale in mio possesso (indicare il titolo della pubblicazione):

1) .....

2) .....

- 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;

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

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*

## 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, in merito alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico quinquennale, rinnovabile, di **Dirigente Medico - Direttore della Struttura complessa di "Chirurgia della mano" - disciplina di Ortopedia e Traumatologia, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. indetto, con avviso bando n° 48787 di prot. del 19/10/2016, repertorio concorsi n. 9/2016:**

### 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.**

- N. \_\_\_\_\_ Pubblicazione
- N. \_\_\_\_\_ Comunicazione
- N. \_\_\_\_\_ Abstract

Altro .....

Titolo: .....

Rivista di pubblicazione: .....

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

Ripetere questo schema per ogni pubblicazione

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

Firma .....