

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 "Medicina Trasfusionale" – Area della Medicina Diagnostica e dei Servizi - disciplina di Medicina Trasfusionale, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. indetto, **con avviso bando n° 27571 di prot. del 12/6/2015, repertorio concorsi n. 7/2015.**

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,

DICHIARA

- 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 **dell'anzianità di servizio** richiesta dal bando di anni
nella disciplina
maturata presso
nella qualifica/posizione

dal al

- 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 ai sensi del D.Lgs. della durata legale di anni 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 avere prestatato servizio presso **Pubbliche Amministrazioni come dipendente a tempo determinato/indeterminato** (oltre al periodo indicato come requisito richiesto dal bando) specificando dettagliatamente le date di inizio/fine del servizio, il profilo professionale completo con la disciplina, l'incarico eventualmente assegnato, l'Ente presso il quale il servizio è stato svolto con l'indicazione precisa dell'indirizzo, l'eventuale periodo di part-time con l'indicazione oraria, eventuali periodi di aspettativa non retribuita, con indicazione del motivo di cessazione dal servizio;

- di avere prestatato servizio presso **privati convenzionati /ospedali classificati o privati non convenzionati – specificare il tipo di ente o il servizio non verrà valutato** come di seguito indicato (**in particolare per gli IRCCS specificare se di natura pubblica o privata**) specificando dettagliatamente le date di inizio/fine del servizio, il profilo professionale completo con la disciplina, l'incarico eventualmente assegnato, l'Ente presso il quale il servizio è stato svolto con l'indicazione precisa dell'indirizzo, l'eventuale periodo di part-time con l'indicazione oraria, eventuali periodi di aspettativa non retribuita, con indicazione del motivo di cessazione dal servizio;

- 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 1 anno 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)

- con riferimento all'elenco relativo alla **produzione scientifica** si comunica di aver prodotto:
n. pubblicazioni totali edite a stampa delle quali:
n. su riviste nazionali con impact factor e di queste n. negli ultimi 5 anni;
n. su riviste internazionali con impact factor e di queste n. negli ultimi 5 anni;

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;

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 Direttore della struttura complessa di "Medicina Trasfusionale"- Area della Medicina Diagnostica e dei Servizi - disciplina di Medicina Trasfusionale, indetto **con avviso bando n° 27571 di prot. del 12/6/2015, repertorio concorsi n. 7/2015.**

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.**

elencare le pubblicazioni secondo la loro tipologia (abstract/articoli in extenso/case report...)
specificando

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