

Al Direttore Generale
dell'Azienda U.L.S.S. n. 9 di Treviso
Ufficio Protocollo
Via Sant'Ambrogio di Fiera 37
31100 TREVISO

Il/La sottoscritto/a (codice fiscale)
chiede di essere ammesso alla riapertura termini del Concorso Pubblico, per titoli ed
esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di un Dirigente Medico di OFTALMOLOGIA
indetto da codesta Amministrazione con bando di pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.
..... del

Dichiara sotto la propria responsabilità, 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:

- di essere nato/a a il
- residente a C.A.P. (.....) in Via/Piazza n.
(telefono n. cellulare n.) (indirizzo e-mail)
- domicilio presso il quale inviare ogni comunicazione (**indicare unicamente se
diverso dalla residenza**):
Dott./Dott.ssa
Via/Piazza n. Comune (C.A.P.)
Provincia(.....)
- di essere in possesso della cittadinanza italiana / di possedere la cittadinanza
_____ (Stati membri dell'Unione Europea) e di godere dei diritti
civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza e di avere adeguata
conoscenza della lingua italiana;
- di essere/di non essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di
(scegliere l'opzione e in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi)
- di non avere/avere riportato condanne penali
(scegliere l'opzione e in caso affermativo, indicare le condanne riportate)
- di non avere/avere procedimenti penali in corso
(scegliere l'opzione e in caso affermativo, indicare il proc. penale in corso)
- di essere in possesso del diploma di Laurea in
conseguito il presso
**(qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare gli estremi del provvedimento di
equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'Autorità italiana competente)**
- di essere in possesso della Specializzazione in
conseguito il presso
ai sensi del della durata di n. anni:
**(specificare se conseguita ai sensi del D. Lgs. 8 agosto 1991, n. 257, e/o del D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368.
Qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare gli estremi del provvedimento di
equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'Autorità italiana competente)**
- di essere iscritto all'Albo professionale dei
della Provincia di (.....) a far data dal n.
- di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari
(arruolato in attesa di chiamata, congedo per fine ferma, riformato dispensato, riformato per motivi di)
- di aver/non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni

(scegliere l'opzione e in caso affermativo specificare nel Curriculum vitae di cui all'allegato B) tutti i dati relativi alla natura del rapporto di lavoro intercorso ed indicare le eventuali cause di risoluzione di precedenti impieghi)

- di avere/non avere diritto all' applicazione dell'art. 20 della legge 104/1992, specificando l'ausilio necessario, in relazione al proprio handicap, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per sostenere la prova d'esame
(scegliere l'opzione e in caso affermativo allegare certificato rilasciato da apposita struttura sanitaria che ne specifichi gli elementi essenziali in ordine ai citati benefici)
- di essere/non essere stato/a dispensato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile (in caso affermativo specificare le motivazioni.....)
- di avere n. figli a carico
- di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto a preferenza o precedenza all'assunzione o a riserva del posto

Allega:

1. Curriculum vitae di cui allegato B);
2. eventuale casistica operatoria nelle forme richieste nel bando;
3. un elenco dei documenti presentati;
4. eventuali pubblicazioni scientifiche, se in possesso;
5. fotocopia del documento d'identità in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000, che quanto contenuto nel curriculum corrisponde al vero.

Infine, accetta tutte le indicazioni contenute nel bando e dà espresso assenso al trattamento dei dati personali e sensibili ex D.Lgs. 196/2003, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti.

Data

Firma

(ai sensi dell'art. 39 D.P.R. 445/00, la firma non è soggetta ad autenticazione)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, qualora la domanda sia inviata a mezzo servizio postale, o consegnata a mano ma non sottoscritta davanti l'incaricato a ricevere le domande, l'interessato è tenuto ad allegare copia di un documento di identità; qualora, invece, la domanda venga consegnata a mano e sottoscritta davanti l'incaricato a ricevere le domande, l'interessato è tenuto ad esibire un documento di identità.

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto dott. _____

codice fiscalenato a
 ilresidente in Via/Piazza
 n Località Prov. CAP
 tel. email

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000,

DICHARA

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

TITOLI DI STUDIO

Laurea in
 conseguita presso
 voto in data

Specializzazione in
 conseguita presso
 in data
 della durata di anni

(specificare se conseguita ai sensi del D. Lgs. 8 agosto 1991, n. 257, e/o del D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368. Qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare gli estremi del provvedimento (numero e data) di equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'Autorità italiana competente)

Ulteriori titoli di studio
 conseguiti presso
 in data
 della durata di anni

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario)
 conseguito presso
 in data Durata

Iscrizione albo ordine dei Medici Chirurghi di
 n. posizione decorrenza iscrizione

SERVIZI SVOLTI (da compilare e ripetere per ciascuna tipologia di rapporto di lavoro)

Datore di lavoro:

Presso strutture pubbliche

(indicare esattamente denominazione del Datore di Lavoro, completo di indirizzo, e Ente/Struttura/servizio di assegnazione)

Aziende del Servizio Sanitario Nazionale:

Altro Ente Pubblico:

IRCSS/Ospedale classificato:

Casa di Cura Convenzionata o
 accreditata:.....

e/o private (indicare esattamente denominazione del Datore di Lavoro, completo di indirizzo e servizio di assegnazione)

Struttura
privata.....
.....

Con contratto di lavoro: (LASCIARE SOLO L'IPOTESI CHE INTERESSA)

- SUBORDINATO, a tempo INDETERMINATO / a tempo DETERMINATO, con Profilo Professionale, disciplina per numero ore settimanali: (eventualmente) con incarico
- SPECIALISTA AMBULATORIALE INTERNO, a tempo INDETERMINATO/DETERMINATO/PROVVISORIO/SOSTITUTO, Branca di assegnazione....., n. ore sett.li
- LIBERO PROFESSIONALE, in qualità di, n. ore sett.li/ mensili
- CO.CO.CO., in qualità di, n. ore sett.li/mensili
- BORSISTA in qualità diper numero ore sett.li/mesili
- INTERINALE in qualità diper numero ore sett.li
- DIPENDENTE COOPERATIVA con Profilo Professionale, disciplina per numero ore settimanali:
- ALTRO(per es. volontario)

Durata:

dal(data inizio servizio - gg/mm/aa) al(data fine servizio - gg/mm/aa)
eventuali periodi di aspettativa senza assegni:
altro:

Cause di risoluzione del contratto (eventuale):

ESPERIENZE LAVORATIVE ALL'ESTERO (da compilare e ripetere per ciascuna esperienza lavorativa all'estero)

Per i servizi prestati all'estero, devono aver ottenuto il necessario riconoscimento da parte dell'Autorità italiana competente. Gli estremi di tale provvedimento (numero e data) devono essere specificati nel presente curriculum.

Presso (indicare esattamente la struttura pubblica o privata , completo di indirizzo), con contratto di lavoro dia tempo INDETERMINATO / a tempo DETERMINATO, con Profilo Professionale, disciplina per numero ore settimanali:
dal(gg/mm/aa) **al** (gg/mm/aa)

CASISTICA OPERATORIA

La presentazione di eventuale casistica operatoria deve far riferimento al registro operatorio da cui risulti il tipo di intervento ed il grado di partecipazione del candidato. La documentazione inerente la casistica operatoria deve essere certificata dal Direttore Sanitario sulla base dell'attestazione del Direttore responsabile del competente Dipartimento o Unità Operativa dell'Azienda Sanitaria Locale o dell'Azienda Ospedaliera.

PUBBLICAZIONI (da compilare e ripetere per ciascuna pubblicazione)

Obbligatoriamente allegare COPIA della produzione scientifica edita a stampa, strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere.

Poster/ Abstract /Articolo /Capitolo di libro (**LASCIARE SOLO L'IPOTESI CHE INTERESSA**)

1.

Nazionale/ Internazionale.....
Titolo:
Autori
Rivista scientifica / altro
Originale/copia conforme/file PDF (cancellare le ipotesi che non interessano)

Poster/ Abstract /Articolo /Capitolo di libro (**LASCIARE SOLO L'IPOTESI CHE INTERESSA**)

2.

Nazionale/ Internazionale.....
Titolo:
Autori
Rivista scientifica / altro
Originale/copia conforme/file PDF (**LASCIARE SOLO L'IPOTESI CHE INTERESSA**)

3. ...

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000, dichiara che le copie delle predette pubblicazioni – edite a stampa – allegate al presente curriculum, sono conformi agli originali.

ATTIVITA' DIDATTICA/INSEGNAMENTO (da compilare e ripetere per ciascuna attività didattica/ insegnamento)

Corso di studio per il conseguimento di Diploma di
presso Entemateria insegnata
..... per tot. n. ore
dal(gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)

SOGGIORNI DI STUDIO ALL'ESTERO (da compilare e ripetere per ciascun soggiorno di studio all'estero)

Presso(indicare esattamente la struttura pubblica o privata , completo di indirizzo)
dal(gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)

ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO (da compilare e ripetere per ciascuna attività di aggiornamento)

Riportare solo i corsi di aggiornamento SUCCESSIVI alla data di specializzazione; NON ALLEGARE le copie degli attestati.

1. Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, etc:

Titolo del Corso
Ente Organizzatore, sede/ Luogo di svolgimento.....
Data/e di svolgimento..... Ore complessive n.
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore, FAD; con esame finale o senza; se con ECM e quanti):
.....

2. ...

ULTERIORI ATTIVITÀ

.....

CAPACITA' E COMPETENZE PERSONALI

- Organizzative
- Tecniche.....
- Relazionali.....
- Lingue straniere conosciute.....
- Altre capacità e competenze

Luogo e Data

Firma per esteso
