

**Allegato "A"**  
**Fac-simile domanda di ammissione**

AI DIRETTORE GENERALE  
Azienda U.L.S.S. n. 7  
Via dei Lotti n. 40  
**36061      BASSANO DEL GRAPPA**

Il/La sottoscritto/a .....

chiede di essere ammesso/a all'Avviso Pubblico, n. 54/2018, per il conferimento di un incarico di:

**DIRIGENTE SANITARIO – Direttore di Unità Operativa Complessa  
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE ASIAGO  
Profilo professionale: MEDICI  
Disciplina: Medicina Fisica e Riabilitazione  
Area Medica e delle Specialità Mediche**

Dichiara, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000:

- 1) di essere nato a ..... il ..... e di risiedere attualmente a ..... in via ..... nr. ....;
- 2) di avere il seguente codice fiscale: .....
- 3) di essere in possesso della cittadinanza italiana oppure, di possedere, la cittadinanza \_\_\_\_\_ e di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza e avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- 4) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste);
- 5) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: .....
- 6) di avere/non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_ (in caso affermativo specificare quali e in caso negativo dichiararne espressamente l'assenza);
- 7) non essere imputato in processi penali attinenti a delitti contro la Pubblica Amministrazione (Codice Penale, Libro II, Titolo II) o da cui possa derivare una situazione di incompatibilità ambientale o un grave pregiudizio per l'Azienda;
- 8) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il ..... presso l'Università degli Studi di .....; (qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare di seguito gli estremi del provvedimento di equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'Autorità italiana competente
- 9) di essere in possesso del diploma di specializzazione in ..... conseguito il ..... presso l'Università degli Studi di ..... (qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare di seguito gli estremi del provvedimento di equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'Autorità italiana competente);
- 10) di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici-chirurghi della Provincia di ..... dal .....
- 11) di essere in possesso dell'anzianità di servizio, di anni ....., nella disciplina di ....., richiesta ai fini dell'ammissione, maturata come specificatamente indicato nel curriculum formativo e professionale;
- 12) di avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (specificare nel curriculum formativo e professionale tutti i dati relativi alla natura del rapporto di lavoro intercorso ed indicare le eventuali cause di risoluzione di precedenti impieghi);
- 13) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
- 14) che quanto dichiarato nel curriculum vitae corrisponde a verità;
- 15) 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.

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.....

**Infine, accetta tutte le indicazioni contenute nel bando e dà espresso assenso al trattamento dei dati personali e sensibili a' sensi della normativa vigente finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti, anche con particolare riferimento alla pubblicazione del curriculum, della certificazione della casistica e delle pubblicazioni, nel sito internet aziendale, secondo quanto disposto dal punto 7 dell'Allegato "A" alla deliberazione della Giunta Regionale del Veneto del 19 marzo 2013, n. 343.**

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

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
tel.: \_\_\_\_\_ tel. portatile: \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Posta Elettronica Certificata \_\_\_\_\_

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.**

\*\*\*\*\*

*(Nel caso di dichiarazioni di servizio indicare esattamente il periodo giorno, mese, anno di inizio e fine rapporto, la posizione funzionale, l'ente – completo di indirizzo – presso cui il servizio è stato prestato e 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).*

*I dati personali trasmessi dai candidati per la partecipazione all'Avviso, 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 di Atto di Notorietà (art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

In riferimento alla domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico per l'attribuzione dell'incarico di DIRIGENTE MEDICO – Direttore di Struttura Complessa "RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE ASIAGO" dell'Ospedale nodo di rete di Asiago, Profilo Professionale MEDICI - Disciplina: Medicina Fisica e Riabilitazione - Area Medica e delle Specialità Mediche di cui al Bando n. 54/2018.

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

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

- che le allegate copie dei sottoelencati documenti, sono conformi agli originali in mio possesso:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

**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)

*I dati personali trasmessi dai candidati per la partecipazione all'Avviso, 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 "C"**

**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 all'Avviso Pubblico per l'attribuzione dell'incarico di DIRIGENTE MEDICO – Direttore di Struttura Complessa "RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE ASIAGO" dell'Ospedale nodo di rete di Asiago, Profilo Professionale MEDICI - Disciplina: Medicina Fisica e Riabilitazione - Area Medica e delle Specialità Mediche di cui al Bando n. 54/2018.

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

**DICHIARA di**

**- Aver prestato servizio alle dipendenze**

.....

- Indirizzo completo

.....

- Con il profilo professionale di

.....

- nella disciplina di ..... con incarico.....

.....

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

Tempo pieno;

Regime ridotto(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;

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.**

Data .....

**Firma**

.....

*I dati personali trasmessi dai candidati per la partecipazione all'Avviso, saranno trattati per le finalità di gestione dell'Avviso e per l'eventuale assunzione in servizio ovvero per la gestione del rapporto stesso.*