

**ALLEGATO "1"**

Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona  
Piazzale Aristide 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 "Fibrosi Cistica" - disciplina di Pediatria, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. indetto, **con avviso bando n° 73698 di prot. del 16/11/2018, repertorio concorsi n. 8/2018.**

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 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 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 "Fibrosi Cistica" - disciplina di Pediatria, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. indetto, con avviso bando n° 73698 di prot. del 16/11/2018, repertorio concorsi n. 8/2018.**

### 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 .....