

## ALLEGATO A)

### FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale  
dell'Azienda ULSS 5 Polesana  
Viale Tre Martiri, 89  
45100 - ROVIGO

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico di **Direttore di Struttura Complessa Direzione Medica di Presidio Ospedaliero di Adria**, indetto da codesta Azienda ULSS, con delibera del Direttore Generale n. .... del .....

**Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate nell'art. 76 del DPR n. 445/2000 oltre alla decadenza dei benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere,**

#### DICHIARA

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana \_\_\_\_\_);
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo \_\_\_\_\_);
3. di non aver mai riportato condanne penali (ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_, da indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale);
4. di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ 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)
5. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medico-chirurgica, conseguita in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
6. di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ 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)

7. di essere iscritto all'Albo dell'ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ o nel corrispondente albo di uno dei Paesi dell'Unione europea, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio;
8. di essere nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione \_\_\_\_\_;
9. di essere in possesso, secondo le disposizioni contenute negli artt. 5 e 10 del D.P.R. 10/12/1997 n. 484, di un'anzianità di servizio di almeno sette anni, di cui cinque nella disciplina di \_\_\_\_\_ ovvero nella disciplina di \_\_\_\_\_ (equipollente) e della specializzazione nella disciplina di \_\_\_\_\_ ovvero nella disciplina di \_\_\_\_\_ (equipollente)  
ovvero  
di essere in possesso di un'anzianità di servizio di almeno dieci anni nella disciplina di \_\_\_\_\_;
10. di aver prestato servizio presso pubbliche Amministrazioni (specificare nel curriculum formativo e professionale tutti i dati relativi alla natura del rapporto di lavoro intercorso ed indicare eventuali cause di risoluzione di precedenti impieghi);
11. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
12. che la documentazione allegata alla presente domanda, in fotocopia semplice e specificatamente individuata in apposito elenco, è conforme all'originale ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000. A tal fine si allega fotocopia di un documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_;
13. di richiedere il seguente ausilio per sostenere il colloquio previsto dall'avviso in quanto riconosciuto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della legge n.104/1992 (da compilare solo in presenza di handicap (riconosciuto) \_\_\_\_\_);
14. di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di avviso pubblico e di accettarle senza riserva alcuna;
15. di impegnarsi a comunicare, per iscritto eventuali variazioni del recapito, riconoscendo che l'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario e chiede che tutte le comunicazioni riguardanti la selezione vengano indirizzate a:

Dr. / Dr.ssa: \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

(Prov. \_\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_.

Indirizzo mail: \_\_\_\_\_ Indirizzo PEC: \_\_\_\_\_

Autorizza infine, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, l'Azienda ULSS 5 Polesana al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della selezione, per le finalità espresse nell'apposito paragrafo inserito nell'avviso pubblico sotto il titolo "Trattamento dei dati personali".

**Alla presente allega :**

- Un curriculum formativo e professionale, datato e firmato;
- Una casistica di specifiche esperienze e attività professionali svolte, certificata dal Direttore Sanitario sulla base delle attestazioni del Direttore del competente dipartimento o unità operativa di appartenenza ;
- Un elenco, in triplice copia, dei documenti presentati;
- Copia autenticata nelle forme di legge, dei documenti e titoli che intende presentare ai fini della valutazione, (ovvero dichiarazioni sostitutive – modulo B e/o modulo C allegati);
- Una copia (fronte/retro) firmata di valido documento di riconoscimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**E DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO NOTORIO E LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE DEVONO ESSERE COMPLETE DI TUTTI GLI ELEMENTI ED INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ATTO CHE SOSTITUISCONO.**

## ALLEGATO B)

### CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

In riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico di **Direttore di Struttura Complessa Direzione Medica di Presidio Ospedaliero di Adria**, indetto da codesta Azienda ULSS, con delibera del Direttore Generale n. .... del .....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara quanto segue:

#### TITOLI DI STUDIO

**Laurea** in .....

Conseguita presso .....

In data ..... voto .....

**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).

Ulteriori titoli di studio .....

Conseguiti presso .....

In data .....

Della durata di anni .....

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario) .....

Conseguito presso .....

In data ..... durata .....

#### SERVIZI SVOLTI

##### Presso la struttura pubblica e/o privata

(Indicare esattamente la denominazione, l'indirizzo e la struttura/servizio/unità operativa di assegnazione)

.....  
.....  
.....  
.....

##### Contratto di lavoro:

- SUBORDINATO, a tempo indeterminato/determinato, in qualità di Dirigente Medico, disciplina ....., n. ore settimanali .....
- SPECIALISTA AMBULATORIALE INTERNO, a tempo indeterminato/determinato/provvisorio/sostituto, branca di assegnazione ....., n. ore settimanali .....
- LIBERO PROFESSIONALE, in qualità di ..... n. ore settimanali/mensili .....

- CO.CO.CO, in qualità di ..... n. ore settimanali/mensili .....
- BORSISTA, in qualità di ..... n. ore settimanali/mensili .....
- ALTRO .....

Durata: dal (gg/mm/aa)..... al (gg/mm/aa).....

Eventuali periodi di aspettativa senza assegni .....

Altro .....

Eventuale causa di risoluzione del contratto .....

**ESPERIENZE LAVORATIVE ALL'ESTERO**

Per i servizi prestati all'estero, per i quali occorre aver ottenuto il necessario riconoscimento da parte dell'Autorità italiana competente, si riportano gli estremi di tale provvedimento: n. .... data .....

.....

.....

**TIPOLOGIA DELLE ISTITUZIONI IN CUI SONO ALLOCATE LE STRUTTURE PRESSO LE QUALI HA SVOLTO L'ATTIVITÀ E TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI EROGATE DALLE STRUTTURE MEDESIME**

.....

.....

**POSIZIONE FUNZIONALE NELLE STRUTTURE E COMPETENZE** (indicare anche eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione – **allegare una casistica di specifiche esperienze e attività professionali svolte, riferita all'ultimo decennio, certificata dal Direttore Sanitario sulla base delle attestazioni del Direttore del competente dipartimento o unità operativa di appartenenza.** La casistica, che non può essere oggetto di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà - deve essere presentata in originale, in copia autenticata ovvero in copia dichiarata conforme all'originale ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000;

.....

.....

**ATTIVITÀ DIDATTICA presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione, ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario (indicare anche le ore annue di insegnamento)**

Corso di studio per il conseguimento del Diploma di .....

Presso Ente ....., sede di ..... materia insegnata .....

Per tot. n. ore ..... dal (gg/mm/aa) ..... al (gg/mm/aa) .....

.....

**SOGGIORNI DI STUDIO o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore ad un anno (esclusi i tirocini obbligatori)**

Presso ..... (indicare esattamente la struttura pubblica o privata, completa di indirizzo), in qualità di ..... dal (gg/mm/aa) ..... al (gg/mm/aa) .....

**ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO Corsi, congressi, convegni, seminari, anche effettuati all'estero**

Partecipazione in qualità di **relatore/uditore** al corso/congresso/convegno/seminario

Titolo del corso .....

Ente Organizzatore..... Indirizzo .....

Data di svolgimento ..... ore complessive .....

(Ripetere per ciascuna attività di aggiornamento)

**PUBBLICAZIONI edite a stampa** (allegare quelle ritenute più significative, in originale o in copia conforme all'originale)

**ULTERIORI ATTIVITA'**

.....

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante per esteso e leggibile) (1)

(1) La firma non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di partecipazione alla selezione venga spedita, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato.

**LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI DEVONO ESSERE COMPLETE DI TUTTI GLI ELEMENTI ED INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ATTO CHE SOSTITUISCONO.**

**ALLEGATO C)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
(art. 47 DPR 445/2000)**

In riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico di **Direttore di Struttura Complessa Direzione Medica di Presidio Ospedaliero di Adria**, indetto da codesta Azienda ULSS, con delibera del Direttore Generale n. .... del .....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 DPR 445/2000 sulla responsabilità penale di cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere e sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Che le allegate copie dei sottoelencati titoli, sono conformi agli originali:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La firma non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di partecipazione alla selezione venga spedita, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato.

**LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO NOTORIO DEVONO ESSERE COMPLETE DI TUTTI GLI ELEMENTI ED INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ATTO CHE SOSTITUISCONO.**