

**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 "....." - disciplina di ....., ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. **indetto con avviso prot. n. ....**;

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:

- 1) familiare di cittadino titolare di diritto di soggiorno o titolare di diritto di soggiorno permanente;
- 2) cittadino di Paese terzo (indicare quale ..... ) titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- 3) cittadino di Paese terzo (indicare quale ..... ) titolare dello status di rifugiato;
- 4) 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 aver conseguito i seguenti ulteriori titoli di studio:

\*) diploma di specializzazione in .....conseguito ai sensi del D.Lgs. .... della durata legale di anni ..... presso l'Università di ..... in data .....

\*) Master di II° livello in ..... della durata legale di anni ..... presso l'Università di ..... in data .....

\*) Master di I° livello in ..... della durata legale di anni ..... presso l'Università di ..... in data .....

- 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 **(specificando come di seguito indicato gli incarichi affidati):**  
*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 Dirigente Medico:**

**a1) nella disciplina \_\_\_\_\_ ovvero nella seguente disciplina equipollente \_\_\_\_\_**  
maturata dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'U.O.C./Servizio etc.  
\_\_\_\_\_ dell'Azienda \_\_\_\_\_ con sede \_\_\_\_\_  
in qualità di Dirigente Medico;

**b) in qualità di Dirigente Medico con incarico di ALTA PROFESSIONALITA' / ALTA SPECIALIZZAZIONE PROFESSIONALE FUNZIONALE:**

**b1) nella disciplina \_\_\_\_\_ ovvero nella seguente disciplina equipollente \_\_\_\_\_**  
maturata presso dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'U.O.C./Servizio  
\_\_\_\_\_ dell'Azienda \_\_\_\_\_ con sede \_\_\_\_\_  
in qualità di **Dirigente Medico con incarico di Alta Professionalità/ Alta Specializzazione;**

**b2) nella disciplina \_\_\_\_\_ ovvero nella seguente disciplina equipollente \_\_\_\_\_**  
maturata presso dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'U.O.C./Servizio  
\_\_\_\_\_ dell'Azienda \_\_\_\_\_ con sede \_\_\_\_\_  
in qualità di **Dirigente Medico con incarico Professionale Funzionale;**

**c) in qualità di Direttore di STRUTTURA SEMPLICE :**

**c1) nella disciplina \_\_\_\_\_ 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;

**d) in qualità di Direttore di STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE e/o in qualità di FACENTE FUNZIONI del DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA:**

**d1) nella disciplina \_\_\_\_\_ 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 a valenza Dipartimentale;**

**d2) nella disciplina \_\_\_\_\_ ovvero nella seguente disciplina equipollente \_\_\_\_\_**  
maturata presso dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'U.O.C./Servizio \_\_\_\_\_  
dell'Azienda \_\_\_\_\_ con sede \_\_\_\_\_  
in qualità di **Facente Funzioni del Direttore di Struttura Complessa;**

**e) in qualità di DIRETTORE di STRUTTURA COMPLESSA:**

**e1) 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;

**f) in qualità di DIRETTORE di DIPARTIMENTO:**

**f1) nella disciplina \_\_\_\_\_ ovvero nella seguente disciplina equipollente \_\_\_\_\_**  
maturata dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso il Dipartimento \_\_\_\_\_  
dell'Azienda \_\_\_\_\_ in qualità di Direttore di Dipartimento;

- 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 di durata non inferiore ad un anno** per attività attinenti alla disciplina nelle seguenti rilevanti strutture italiane/estere con esclusione dei tirocini obbligatori:

*Ente:* .....  
indirizzo .....  
disciplina .....  
posizione funzionale .....  
*Tipologia:*

- soggiorno di studio dal ..... al ..... (**PERIODO SUPERIORE AD UN ANNO**)  
 addestramento professionale dal ..... al ..... (**PERIODO SUPERIORE AD UN ANNO**)

- 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 indicando di aver prodotto **NEGLI ULTIMI 5 ANNI**:

- n. \_\_\_\_\_ pubblicazioni su riviste nazionali con impact factor;  
n. \_\_\_\_\_ pubblicazioni su riviste internazionali con impact factor;  
n. \_\_\_\_\_ pubblicazioni ulteriori pubblicazioni;

**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:

- .....
- .....

- che le copie delle seguenti **pubblicazioni (PUBBLICATE NEGLI ULTIMI 5 ANNI)** allegate alla domanda sono conformi all'originale in mio possesso (indicare il titolo della pubblicazione):

- .....
- .....

- 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** " \_\_\_\_\_ " - **disciplina di** \_\_\_\_\_ , ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. indetto, con avviso bando n° \_\_\_\_\_ .

**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 .....