

ALLEGATO 1

FAC SIMILE DOMANDA PARTECIPAZIONE

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:
familiare di cittadino titolare di diritto di soggiorno o titolare di diritto di soggiorno permanente;
cittadino di Paese terzo (indicare quale) titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
cittadino di Paese terzo (indicare quale) titolare dello status di rifugiato;
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 inconseguito 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 inconseguito 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):

- 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** " _____ " - **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