

FAC-SIMILE DOMANDA DI AMMISSIONE

Al Direttore Generale
dell'Azienda U.L.S.S. n. 1 Dolomiti
Via Feltre n. 57
32100 BELLUNO

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a all'avviso pubblico indetto per il conferimento dell'incarico di direzione della struttura complessa U.O.C. di accettazione e pronto soccorso dell'Ospedale di Pieve di Cadore.

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

- a) di essere nato/a a _____ il _____ (codice fiscale _____);
- b) di essere residente a _____ via _____ n. _____;
- c) di essere cittadino/a _____ (1);
- d) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (2);
- e) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: _____;
- f) di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti (3);
- g) di essere in possesso del diploma di laurea in _____, conseguito il _____ presso _____ (4);
- h) di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____, conseguito il _____, presso _____ (4);
- i) di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei _____ di _____ al n. _____;
- j) di essere in possesso dell'anzianità di servizio nella disciplina di _____, richiesta ai fini dell'ammissione, maturata come specificatamente indicato nel curriculum formativo e professionale (anzianità complessiva nella disciplina di ____ anni);
- k) di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni e specificatamente _____ (5);
- l) di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- m) di consentire l'utilizzo dei dati personali, compresi quelli sensibili, se necessario alla procedura.

Chiede infine che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Sig. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____
PEC _____
Telefono _____ Email _____

Data _____

(firma)

=====

(1) Indicare la cittadinanza e l'eventuale sussistenza di una delle condizioni di cui all'art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche e integrazioni. I cittadini stranieri devono dichiarare nella domanda di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana e di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza.

(2) In caso di non iscrizione o di cancellazione dalle liste elettorali, indicare i motivi.

(3) In caso contrario, indicare le condanne penali riportate e i procedimenti penali pendenti.

(4) In caso di titolo conseguito all'estero deve essere indicato il provvedimento di riconoscimento dell'equipollenza al corrispondente titolo rilasciato in Italia.

(5) Indicare i servizi prestati, con precisazione dell'ente, della qualifica e dei periodi, e le eventuali cause di cessazione.

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a	Cognome	Nome
----------------------	------------------	---------------

nato/a il	a	Prov.....
-----------------	---------	-----------

ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. n. 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

di essere in possesso della laurea in	.....
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	.....
<i>(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)</i>	
Riconoscimento a cura di	
in data.....	
<i>(duplicare riquadro in caso di necessità)</i>	

di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei	.....
della provincia di	.....
dal	.....
numero d'iscrizione	.....

Di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:	
Specializzazione in	.....
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	.....
Specializzazione in	.....
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	.....
Specializzazione in	.....
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	.....
<i>In caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)</i>	
Riconoscimento a cura di	
in data.....	
<i>(duplicare riquadro in caso di necessità)</i>	

Di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:	
Profilo professionale	.....
Disciplina	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda ,Ente, ecc.)	.....

Dal al <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per..... .	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
Dal al <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per..... .	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore)
Profilo professionale	
Disciplina	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal al <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per..... .	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore....)
Dal al <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per..... .	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
Profilo professionale	
Disciplina	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal al <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per..... .	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
Dal al <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per..... .	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver prestato attività di specialista ambulatoriale interno:	
Nella branca di	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal al	con impegno settimanale pari a ore ...
Nella branca di	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal al	con impegno settimanale pari a ore ...
Nella branca di	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal al	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (co.co.co., incarico libero- professionale, prestazione occasionale):
--

Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente...)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...
Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...
Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente...)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Ambiti di autonomia professionale (indicare incarichi dirigenziali assegnati, ad es. incarichi di direttore di struttura complessa, di responsabile di struttura semplice, professionali di alta specializzazione, ecc.)

Tipologia di incarico	
Descrizione attività svolta	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	
Tipologia di incarico	
Descrizione attività svolta	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	
Tipologia di incarico	
Descrizione attività svolta	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver svolto attività didattica (presso corsi di studio per il conseguimento di diploma di laurea o di specializzazione - esclusa attività di docente/relatore in corsi di aggiornamento/convegni/congressi)

Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...
Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...
Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver effettuato soggiorni di studio/addestramento professionale	
Struttura	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...
Struttura	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...
Struttura	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale	
Titolo del corso	
Contenuti del corso	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno orario totale pari a ore ...
Titolo del corso	
Contenuti del corso	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno orario totale pari a ore ...
Titolo del corso	
Contenuti del corso	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno orario totale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di essere autore dei seguenti lavori scientifici (editi a stampa - indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori). I lavori devono essere anche allegati.

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori (editi a stampa - indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori). I lavori devono essere anche allegati.

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver partecipato quale RELATORE ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)					
Ente organizzatore	Titolo del corso	Periodo	Ore	Luogo di svolgimento	Crediti ECM

(duplicare righe in caso di necessità)

Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)					
<i>Ente organizzatore</i>	<i>Titolo del corso</i>	<i>Periodo</i>	<i>Ore</i>	<i>Luogo di svolgimento</i>	<i>Crediti ECM</i>

(duplicare righe in caso di necessità)

Altre attività

(duplicare righe in caso di necessità)

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 19 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)
(Attestazione conformità all'originale)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____ il _____, residente a _____ (prov. ____) in Via _____ n. _____,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara la conformità all'originale dei seguenti documenti (*elencare documenti*):

Data _____

IL DICHIARANTE
