

**FACSIMILE DI DOMANDA DI AMMISSIONE  
(DA COMPILARE IN CARTA SEMPLICE)**

**Al Direttore Generale  
Azienda U.L.S.S. n. 9 Scaligera  
Via Ververde, 42  
37122 VERONA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di partecipare all'avviso della selezione pubblica per il conferimento dell'incarico di **DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA INTERNA dell'Ospedale Mater Salutis di Legnago - Profilo: dirigente medico – Disciplina: Medicina Interna**, indetto con deliberazione del Direttore Generale n° 350 del 27/04/2017, bando prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

**A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dal DPR 28/12/2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e 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,**

**D I C H I A R A**

- di essere nato/a a ..... (prov. ....) il .....
- di risiedere attualmente a ..... (prov. ....) CAP ..... in Via ..... n. ....
- codice fiscale : .....
- 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. ....)  
Tel. .... Cell .....  
PEC .....
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente (indicarla) .....
- di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ..... (A);
- di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari .....
- di non aver riportato condanne penali;
- di AVER riportato le seguenti condanne penali ..... (B);
- di essere in possesso della laurea in ..... conseguita in data ..... presso l'Università di .....
- dell'abilitazione all'esercizio della professione, conseguita in data ..... presso .....
- di essere iscritto al n. .... dell'Albo/ordine Professionale ..... della Provincia di ..... a decorrere dal .....
- 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 in possesso dell'anzianità di servizio richiesta dal bando di anni .....  
.....  
nella disciplina .....  
maturata presso .....

nella qualifica/posizione .....  
dal ..... al .....

- di essere in possesso dell'attestato di Formazione Manageriale di cui all'art. 5, comma 1, lett. d) del D.P.R. 484/1997
- di 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 avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
- di non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
  
- di non essere stato dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura selettiva e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003;
- di essere a conoscenza che l'Azienda ULSS 9 di Verona procederà alla pubblicazione sul sito internet aziendale dei curricula dei candidati che si presenteranno al colloquio previsto, in ottemperanza a quanto disposto dalla DGRV n. 343/2013.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_  
*(la sottoscrizione non necessita di alcuna autentica)*

- (A) in caso negativo, indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- (B) in caso affermativo, specificare quali.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. n. 445/2000)**

In riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico di **Direttore della Struttura Complessa di Medicina Interna dell'Ospedale Mater Salutaris di Legnago**, di cui all'avviso prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Dichiara**

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

•  
che le allegate copie dei sottoelencati documenti sono conformi agli originali in mio possesso:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_
24. \_\_\_\_\_
25. \_\_\_\_\_
26. \_\_\_\_\_
27. \_\_\_\_\_
28. \_\_\_\_\_
29. \_\_\_\_\_
30. \_\_\_\_\_

**A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46  
E 47 DPR 445/2000**

In riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico di **Direttore della Struttura Complessa di Medicina Interna dell'Ospedale Mater Salutis di Legnago**, di cui all'avviso prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dott. /dott.ssa \_\_\_\_\_

nato/a a ..... il .....  
residente in Via/Piazza ..... n. ....  
Località ..... Prov. .... CAP .....  
tel..... email .....

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000,

**DICHIARA**

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

**TITOLI DI STUDIO**

**Laurea** in .....  
conseguita presso ..... in data .....

**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. Qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare i seguenti estremi del provvedimento (numero e data) di equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'Autorità italiana competente.....)*

Ulteriori titoli di studio .....  
conseguiti presso ..... in data .....  
della durata di anni .....

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario) .....  
conseguito presso .....  
in data ..... durata .....

Iscrizione albo ordine dei Medici Chirurghi di .....  
n. posizione .....decorrenza iscrizione .....

Abilitazione all'esercizio della professione nell'anno .....

**SERVIZI SVOLTI (da compilare e ripetere per ciascuna tipologia di rapporto di lavoro)**

presso la seguente struttura pubblica/privata

(indicare esattamente la denominazione, completa di indirizzo, e la struttura/servizio/unità operativa di assegnazione)

Con contratto di lavoro (**sbarrare la parte che interessa**)

- SUBORDINATO, a tempo INDETERMINATO/DETERMINATO, in qualità di Dirigente Medico, disciplina ..... n° ore settimanali ....., **incarico** .....
- SPECIALISTA AMBULATORIALE INTERNO, a tempo INDETERMINATO/DETERMINATO/PROVVISORIO/SOSTITUTO, Branca di assegnazione..... n° ore [sett.li](#) .....
- LIBERO PROFESSIONALE, in qualità di ..... n. ore [sett.li/](#) mensili .....
- [CO.CO.CO.](#), in qualità di ..... n° ore [sett.li/mensili](#) .....
- BORSISTA in qualità di ..... n° ore [sett.li/mensili](#) .....
- ALTRO .....

Durata:

dal ..... (data inizio servizio - gg/mm/aa) al .....(data fine servizio -

gg/mm/aa)

eventuali periodi di aspettativa senza assegni:.....  
altro:.....  
eventuale causa di risoluzione del contratto:.....

**ESPERIENZE LAVORATIVE ALL'ESTERO (da compilare e ripetere per ciascuna esperienza lavorativa 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 (numero e data):  
.....

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

.....  
.....

**POSIZIONE FUNZIONALE NELLE STRUTTURE E COMPETENZE**

*(Vanno indicate la posizione funzionale e le competenze del candidato nelle strutture con indicazione di specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione)*  
.....

**TIPOLOGIA E QUANTITA' DELLE PRESTAZIONI EFFETTUATE DAL CANDIDATO/ CASISTICA**

*(allegare originale o copia conforme della tipologia e quantità delle prestazioni effettuate dal candidato, riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione dell'Avviso in Gazzetta Ufficiale. L'attestazione deve essere certificata dal Direttore Sanitario sulla base dell'attestazione del Direttore responsabile del competente Dipartimento o Unità Operativa dell'Azienda Sanitaria).*  
.....

**ATTIVITA' DIDATTICA/INSEGNAMENTO (da compilare e ripetere per ciascuna attività didattica/ insegnamento)**

Corso di studio per il conseguimento di Diploma di .....presso  
Ente .....sede di .....materia insegnata  
..... per tot. n° ore ..... dal .....(gg/mm/aa) al .....(gg/mm/aa)

**PUBBLICAZIONI (da compilare e ripetere per ciascuna pubblicazione)**

*(Da allegare la produzione scientifica edita a stampa, strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere).*

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 19 e 47de1 D.P.R. 445/2000, dichiara che le copie delle pubblicazioni edite a stampa - allegate al presente curriculum e di seguito elencate, sono conformi agli originali:

- 1) Poster/ Abstract /Articolo /Capitolo di libro (*sbarrare l'ipotesi che interessa*)  
Nazionale/ Internazionale .....  
Titolo:.....  
Autori .....  
Rivista scientifica / altro .....  
Originale/copia conforme/file PDF

- 2) (*ripetere per ciascuna pubblicazione prodotta*)

**SOGGIORNI DI STUDIO O DI ADDESTRAMENTO PROFESSIONALE IN RILEVANTI STRUTTURE ITALIANE O ESTERE DI DURATA NON INFERIORE AD UN ANNO (da compilare e ripetere per ciascun soggiorno di studio)**

*(Sono 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 ANCHE EFFETTUATA ALL'ESTERO (da compilare e ripetere per ciascuna attività)**

- 1) Partecipazione in qualità di **relatore/uditore** al corso/congresso/convegno/seminario (LASCIARE SOLO L'IPOTESI CHE INTERESSA):  
Titolo del Corso .....  
Ente Organizzatore, sede/ Luogo di svolgimento.....  
Data/e di svolgimento.....Ore complessive n ..... con/senza esame finale, con/senza crediti ECM n°.....
- 2) (ripetere per ciascuna attività di aggiornamento)

**ULTERIORI ATTIVITA'**

Luogo e Data .....

Firma per esteso

.....