

FAC-SIMILE DI DOMANDA

(da redigere su carta semplice e da compilare in modo leggibile, preferibilmente dattiloscritta).

Al Sig. Direttore Generale
dell'Azienda USL di Teramo
Circonvallazione Ragusa n. 1
64100 TERAMO

___/___ sottoscritt___ chiede di essere ammess___ a partecipare al pubblico concorso, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di N. 1 Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, Tecniche, della Riabilitazione, della Prevenzione e della professione di Ostetrica

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, anche agli effetti previsti dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

- di chiamarsi _____;
- di essere nat_ a _____ (prov. di _____) il _____ e di risiedere a _____, Via _____, n. _____, CAP. _____;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero _____;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- di non aver riportato condanne penali e/o procedimenti penali in corso (*la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata, ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa*) – in caso positivo dovranno essere dichiarate anche le condanne a pena condizionalmente sospesa ed in generale dovrà essere dichiarata la tipologia di condanna e/o di procedimento penale in corso;
- di non essere stat___ licenziat___ a seguito di procedimento disciplinare ovvero di non avere procedimenti disciplinari in corso; (*la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata, ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa*) – in caso positivo dovrà essere dichiarata la tipologia di sanzione espulsiva comminata e/o di procedimento disciplinare in corso;
- di essere in possesso della laurea specialistica/magistrale (*depennare la voce che non interessa*) in _____ (classe di laurea _____) conseguita il _____ presso _____;
- di essere iscritto all'Albo professionale _____ della Provincia di _____;
- di essere in possesso di almeno cinque anni di servizio effettivo corrispondente alla medesima professionalità, prestato in enti del Servizio Sanitario Nazionale nella categoria D o Ds ovvero in qualifiche corrispondenti di altre pubbliche amministrazioni e precisamente _____ dal _____ al _____ presso _____ nel profilo professionale di _____ cat. _____ (*indicare tutti i dati richiesti*);
- di essere, per quanto riguarda gli obblighi militari, nella seguente posizione: _____ (*indicare giorno, mese, anno di inizio e giorno, mese, anno di fine, corpo e grado di appartenenza*);
- di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa alla presente selezione: Dott. _____, Via _____, n. _____, C.A.P. _____, Comune _____, Provincia _____ Tel. n. _____ Cell. _____, E-Mail: _____; PEC: _____ (*i candidati hanno l'obbligo di comunicare gli eventuali cambi di indirizzo all'Azienda USL, la quale non assumer responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato*);
- di aver diritto, preferenza, in caso di parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5, comma 4, D.P.R. 487/94 per il seguente motivo _____;
- di non essere stat___ esclus___ dall'elettorato attivo e/o dispensat___ dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per avere conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile (*la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata, ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa*);
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196;
- di possedere un'adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per i cittadini degli altri Paesi dell'Unione Europea).

Allega la documentazione indicata nell'unito elenco descrittivo.

Data _____

Firma _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'

FAC-SIMILE

(da redigere su carta semplice e da compilare in modo leggibile, preferibilmente dattiloscritta).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ con riferimento all'istanza di partecipazione al concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di N. 1 Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, Tecniche, della Riabilitazione, della Prevenzione e della professione di Ostetrica

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.; informato/a su quanto previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;

D I C H I A R A

- Di avere diritto alla preferenza, in caso di parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5, comma 4, del DPR 487/94 per il seguente motivo _____;

- Di essere in possesso della laurea specialistica/magistrale (*depennare la voce che non interessa*) in _____ (classe di laurea _____) conseguita il _____ presso _____;

- Di essere in possesso dell'ulteriore titolo di studio: _____ conseguito presso _____ nell'anno _____;

- Di essere iscritto/a all'Albo Professionale _____ della provincia di _____ al n. _____;

- Di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili:

Attestati di partecipazione a congressi, convegni, aggiornamento, diplomi di specializzazione, formazione, qualificazione tecnica, ecc. **(Ai fini della valutazione è necessaria una dettagliata descrizione)**

- Denominazione del corso: _____ organizzato da _____ svolto nel/i giorno/i _____ presso _____ - Crediti E.C.M. N. _____;
- Denominazione del corso: _____ organizzato da _____ svolto nel/i giorno/i _____ presso _____ - Crediti E.C.M. N. _____;

Altra idonea documentazione da cui sia possibile dedurre attitudini professionali in relazione alle mansioni da svolgere:

- Di essere in possesso _____.

(luogo e data)

Il dichiarante _____

N.B. La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie e previste dalla certificazione che sostituiscono; per poter effettuare una corretta valutazione dei titoli, in carenza o comunque in presenza di dichiarazioni non in regola o che non permettano di avere informazioni precise sul titolo o sui servizi, non verrà tenuto conto delle dichiarazioni rese.

FAC-SIMILE

(da redigere su carta semplice e da compilare in modo leggibile, preferibilmente dattiloscritta).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ con riferimento all'istanza di partecipazione al concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di N. 1 Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, Tecniche, della Riabilitazione, della Prevenzione e della professione di Ostetrica

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.; informato/a su quanto previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

D I C H I A R A

- Di aver prestato i seguenti servizi:

- dal _____ al _____
- in qualità di _____ cat. _____
- presso _____ ☐ Ente Pubblico ☐ Ente privato ☐ Ente privato convenzionato SSN
☐ lavoro subordinato ☐ libero professionale ☐ collaborazione coordinata e continuata ☐ Specialistica ambulatoriale
- ☐ altro _____ (specificare tipologia contratto);
- N. ore sett.li _____

dichiara, altresì, che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell' art. 46 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761.
(in mancanza di uno degli elementi di cui sopra non si procederà all'attribuzione del relativo punteggio)

- Dichiaro le seguenti pubblicazioni:

Titolo del lavoro: _____

Autori: _____

Riferimento bibliografici: _____

delle pubblicazioni indicate il/la sottoscritto/a deve allegare fotocopia semplice conforme agli originali in suo possesso.

- Altri titoli: _____
_____;

- Dichiaro che le seguenti copie sono conformi all'originale:

- 1) _____;
- 2) _____;

(luogo e data)

Il dichiarante

N.B. La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata.

Alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà **dovrà essere allegata copia fotostatica, fronte/retro, di un documento di identità del sottoscrittore.**

Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie e previste dalla certificazione che sostituiscono; per poter effettuare una corretta valutazione dei titoli, in carenza o comunque in presenza di dichiarazioni non in regola o che non permettano di avere informazioni precise sul titolo o sui servizi, non verrà tenuto conto delle dichiarazioni rese.