

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PUBBLICA SELEZIONE, PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO, CON RAPPORTO DI LAVORO ESCLUSIVO, DI UN DIRIGENTE MEDICO PER LE ATTIVITA' DI GOVERNO CLINICO, EX ART. 15-SEPTIES, COMMA 1, DEL D. LGS. N.502/92 E S.M.I... (DA REDIGERE SU CARTA SEMPLICE E DA COMPILEARE IN MODO LEGGIBILE, PREFERIBILMENTE DATTILOSCRITTA).**

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

I sottoscritt\_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso a partecipare alla pubblica selezione, per titoli e colloquio, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro esclusivo, di un dirigente medico per le attività di Governo Clinico, ex art. 15-septies, comma 1, del D. Lgs. n.502/92 e s.m.i.

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 nato 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 stato licenziato 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 del Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
- di essere iscritto all'Albo dell'ordine dei medici-chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione Medico – Chirurgica in data \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ - durata legale del corso anni \_\_\_\_\_:
  - conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 257/91
  - conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 368/99
  - non conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 257/91 o D.Lgs. n. 368/99
- di essere in possesso di esperienza quinquennale di funzioni dirigenziali apicali in organismi ed enti pubblici o privati o aziende pubbliche o private ovvero conseguimento di una particolare specializzazione professionale, culturale o scientifica desumibile dalla formazione universitaria e post-universitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze di lavoro (specificare \_\_\_\_\_);
- di essere in possesso di esperienza minimo 5 anni di direzione sanitaria di strutture sanitarie pubbliche o private di medie o grandi dimensioni (specificare \_\_\_\_\_);
- di essere in possesso specifica competenza in materia di organizzazione sanitaria (specificare \_\_\_\_\_);
- di avere partecipato in qualità di docente in qualificati corsi di formazione in materia di organizzazione la docenza in altri corsi di livello universitario (specificare \_\_\_\_\_);
- di avere svolto le seguenti ulteriori qualificate funzioni dirigenziali in sanità (specificare \_\_\_\_\_);
- di essere in possesso dell'idoneità allo svolgimento di incarichi in materia di sanità conseguiti attraverso l'inserimento in appositi elenchi (specificare \_\_\_\_\_);
- di non godere del trattamento di quiescenza;
- di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa alla presente selezione: Dott. \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_, Comune \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ 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 non essere stato escluso dall'elettorato attivo e/o dispensato 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 D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**

## 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 alla **pubblica selezione, per titoli e colloquio, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro esclusivo, di un dirigente medico per le attività di Governo Clinico, ex art. 15-septies, comma 1, del D. Lgs. n.502/92 e s.m.i.**, 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 decaduta dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritieri di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.;  
informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

### D I C H I A R A

- di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione Medico – Chirurgica in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della specializzazione nella disciplina di \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ - durata legale del corso anni \_\_\_\_\_:

- conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 257/91
- conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 368/99
- non conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 257/91 o D.Lgs. n. 368/99

- di essere in possesso dell'ulteriore titolo di studio: \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi 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: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(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.

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(artt.19 e 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 alla **pubblica selezione, per titoli e colloquio, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro esclusivo, di un dirigente medico per le attività di Governo Clinico, ex art. 15-septies, comma 1, del D. Lgs. n.502/92 e s.m.i.**, ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 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 veritieri di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.;  
informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

### D I C H I A R A

- di non godere del trattamento di quiescenza;
- di essere in possesso di esperienza quinquennale di funzioni dirigenziali apicali in organismi ed enti pubblici o privati o aziende pubbliche o private ovvero conseguimento di una particolare specializzazione professionale, culturale o scientifica desumibile dalla formazione universitaria e post-universitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze di lavoro (specificare \_\_\_\_\_);
- di essere in possesso di esperienza minimo 5 anni di direzione sanitaria di strutture sanitarie pubbliche o private di medie o grandi dimensioni (specificare \_\_\_\_\_);
- di essere in possesso specifica competenza in materia di organizzazione sanitaria (specificare \_\_\_\_\_);
- di avere partecipato in qualità di docente in qualificati corsi di formazione in materia di organizzazione la docenza in altri corsi di livello universitario (specificare \_\_\_\_\_);
- di avere svolto le seguenti ulteriori qualificate funzioni dirigenziali in sanità (specificare \_\_\_\_\_);
- di essere in possesso dell'idoneità allo svolgimento di incarichi in materia di sanità conseguiti attraverso l'inserimento in appositi elenchi (specificare \_\_\_\_\_);
- di aver prestato i seguenti servizi:
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - in qualità di \_\_\_\_\_
  - disciplina di \_\_\_\_\_
  - presso \_\_\_\_\_  Ente Pubblico  Ente privato  Ente privato convenzionato SSN  
 lavoro subordinato  libero professionale  collaborazione coordinata e continua  Specialistica ambulatoriale
  - N. ore sett.li \_\_\_\_\_

dichiara, altresì, che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell' 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)*

- dichiara le seguenti pubblicazioni:

Titolo del lavoro: \_\_\_\_\_

Autori: \_\_\_\_\_

Riferimento bibliografici: \_\_\_\_\_

**delle pubblicazioni indicate il/la sottoscritto/a deve allegare fotocopia/scansione dei documenti originali in suo possesso.**

- Altri titoli: \_\_\_\_\_;

- dichiara 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.**