

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO RISERVATO AI MEDICI DIPENDENTI O CONVENZIONATI DELL'AZIENDA USL DI TERAMO, AL FINE DI FORMARE UNA GRADUATORIA DALLA QUALE ATTINGERE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ DI PRESIDENTE DELLE COMMISSIONI MEDICHE DI INVALIDITÀ (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

Io sottoscritt_____ chiedo di essere ammesso a partecipare all'avviso riservato ai medici dipendenti o convenzionati dell'Azienda USL di Teramo, al fine di formare una graduatoria dalla quale attingere per lo svolgimento di attività di Presidente delle Commissioni Mediche di invalidità.

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 dipendente/convenzionato con codesta Azienda USL con la qualifica di _____;
- 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 non aver mai prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni ovvero di aver prestato servizio o prestare servizio con rapporto d'impiego presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni _____ di _____ in qualità di _____ - disciplina di _____ - dal _____ al _____;
 - 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. _____ ovvero e-mail: _____ ovvero 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 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;
- Allega la documentazione indicata nell'unito elenco descrittivo.

Data _____

Firma _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO

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 all'avviso riservato ai medici dipendenti o convenzionati dell'Azienda USL di Teramo, al fine di formare una graduatoria dalla quale attingere per lo svolgimento di attività di Presidente delle Commissioni Mediche di invalidità, 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 veritiera 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 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 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 carentia 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.

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO

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 all'avviso riservato ai medici dipendenti o
convenzionati dell'Azienda USL di Teramo, al fine di formare una graduatoria dalla quale attingere per lo svolgimento di attività di
Presidente delle Commissioni Mediche di invalidità, 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 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 continuata 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.