

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE AVVISO PUBBLICO PER L'ATTRIBUZIONE
DELL'INCARICO QUINQUENNALE DI DIRETTORE MEDICO U.O.C. HOSPICE E CURE PALLIATIVE .
(da redigere su carta semplice e da compilare in modo leggibile, preferibilmente dattiloscritta).**

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

I sottoscritto _____ chiede di essere ammesso a partecipare all'avviso di pubblica selezione per l'attribuzione dell'incarico di Direttore Medico dell'U.O.C. Hospice e Cure Palliative - discipline: Anestesia, rianimazione e terapia intensiva; ematologia; geriatria; medicina interna; malattie infettive; neurologia; oncologia medica; radioterapia..

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 aver riportato le seguenti condanne penali _____, ovvero di non avere riportato condanne penali;
- di essere in possesso del Diploma di laurea in _____ conseguito il _____ - presso _____;
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine _____ della Provincia di _____;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della Professione _____ in data _____;
- di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione _____ conseguita il _____ presso _____, durata del corso anni _____ ovvero di essere in servizio di ruolo presso _____ in qualità di _____ disciplina di _____ dal _____;
- 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 aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche amministrazioni: _____ ovvero di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
- di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa alla presente pubblica selezione: Sig. _____, Via _____, n. ___, CAP _____, Comune _____, Prov. _____, tel. n. _____;
- di non essere stato escluso dall'elettorato attivo;
- di non essere stato 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 avere/non avere riportato condanne penali e/o di avere/non avere procedimenti penali in corso (la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata, ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa); diversamente 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 essere/non essere stato licenziato a seguito di procedimento disciplinare ovvero di avere/non avere procedimenti disciplinari in corso; (la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata, ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa), diversamente dovrà essere dichiarata la tipologia di sanzione espulsiva comminata e/o di procedimento disciplinare in corso;
- di essere/non essere stat_ dispensat_ dall'impiego presso pubbliche amministrazioni e di essere/non essere esclus_ dall'elettorato attivo;
- di aver pagato il contributo di partecipazione alla procedura di selezione, non rimborsabile, di euro 10,00 (dieci/00), in data _____ mediante _____ (allegare attestazione);
- 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 all'avviso di pubblica selezione per l'attribuzione dell'incarico quinquennale di Direttore Medico dell'U.O.C. Hospice e Cure Palliative - discipline Anestesia, rianimazione e terapia intensiva; ematologia; geriatria; medicina interna; malattie infettive; neurologia; oncologia medica; radioterapia..

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 giugno 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 in data _____ presso _____;
- Di essere in possesso della specializzazione nella disciplina di _____ conseguita il _____ presso _____ - durata legale del corso anni _____;
- Di essere in possesso dell'ulteriore titolo di studio:
_____ conseguito presso _____ nell'anno _____;
- Di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Direttori Medici della provincia di _____;
- 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

(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 _____ il _____ residente a _____ con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso di pubblica per l'attribuzione di incarico quinquennale di Direttore Medico dell'U.O.C. Hospice e Cure Palliative – discipline di Anestesia, rianimazione e terapia intensiva; ematologia; geriatria; medicina interna; malattie infettive; neurologia; oncologia medica; radioterapia.

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 veritieri 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 pagato il contributo di partecipazione alla procedura di selezione, non rimborsabile, di euro 10,00 (dieci/00), in data _____ mediante _____ (allegare attestazione);

- 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 semplice conforme agli 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.

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a	cognome	nome
----------------------	---------	------

nato il	a	prov.	
---------	---	-------	--

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, e consapevole che ai sensi dell'art.46 del medesimo decreto l'ASL di Teramo può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

di essere in possesso della Laurea in conseguito in data presso l'Università degli Studi di
<i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i> Riconoscimento a cura delin data <i>(duplicare il riquadro in caso di necessità)</i>
di essere iscritto all'albo dell'ordine dei Direttori Medici della Provincia di..... daln° di iscrizione
di essere i possesso dei seguenti diplomi di specializzazione: 1) Disciplina: conseguita in datapresso l'Università di
2) Disciplina: conseguita in datapresso l'Università di
<i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i> Riconoscimento a cura del, in data

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di: profilo professionale disciplina dal al dal al dal al
con rapporto <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato <input type="checkbox"/> a tempo pieno con impegno ridotto, ore settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)
di – via n.

con interruzione dal servizio (*ad es. per aspettative, congedi, senza assegni*):
dal al (indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN

nella branca di

dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore

dal al
con impegno settimanale pari a ore
dal al

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)di
.....(prov. ...) – via , n.

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di avere prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale)

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)di
.....(prov. ...) – via , n.

profilo/mansione/progetto

dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno orario settimanale di ore

motivo interruzione o cause risoluzione

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver effettuato attività di frequenza volontaria

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)di
.....(prov. ...) – via , n.

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Soggiorni di studio/addestramento

(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)

presso di
.....(prov.) – via , n.
dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore

dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Ambiti di autonomia professionale (indicare gli incarichi dirigenziali assegnati - ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa...)

tipologia di incarico.....
dal al
presso.....
descrizione attività svolta.....
.....
.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale

dal al
presso.....
contenuti del corso.....

dal al
presso.....
contenuti del corso.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario – esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi)

presso.....nell'ambito del Corso di
.....
insegnamento a.a.
ore docenza
(specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

1 -
.....
.....
2 -
.....

3 -

(duplicare le righe se insufficienti)

di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

1 -

2 -

3 -

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato quale **UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato in qualità di **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

Altre attività

.....
.....
.....
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e allega copia di documento di identità (carta d'identità) o di riconoscimento equipollente (passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, porto d'armi, tessere di riconoscimento, purché muniti di fotografia e di timbro o altra segnatura equipollente rilasciate da amministrazione dello Stato) in corso di validità.

_____ , li _____

Il/La dichiarante
