

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PUBBLICA SELEZIONE, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA FORMULAZIONE DI UN ELENCO DI MEDICI SPECIALISTI IN MEDICINA LEGALE DA UTILIZZARE PER L'AFFIDAMENTO DI INCARICHI INDIVIDUALI DI CUI ALL'ART. 7 DEL D.LGS 165/2001 E S.M.I. AVENTI AD OGGETTO L'ESPLETAMENTO DELLE FUNZIONI DI PRESIDENTE DELLE COMMISSIONI MEDICHE, PREPOSTE ALL'ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI INVALIDITÀ CIVILE, HANDICAP, DISABILITÀ, SORDOMUTISMO E CIECO CIVILE PRESSO L'AZIENDA USL DI TERAMO.
(DA REDIGERE SU CARTA SEMPLICE E DA COMPILARE IN MODO LEGGIBILE, PREFERIBILMENTE DATILOSCRITTA).

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

I sottoscritt _____ chiede di essere ammess_ a partecipare all'avviso riservato ai medici specialisti in Medicina Legale, al fine di formare un elenco dal 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 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'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

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

alla pubblica selezione, per titoli e colloquio, per la formulazione di un elenco di medici specialisti in medicina legale da utilizzare per l'affidamento di incarichi individuali di cui all'art. 7 del d.lgs 165/2001 e s.m.i. aventi ad oggetto l'espletamento delle funzioni di presidente delle commissioni mediche, preposte all'accertamento delle condizioni di invalidità civile, handicap, disabilità, sordomutismo e cieco civile presso l'Azienda USL di Teramo.

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. 30.06.2003 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.

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 **con riferimento all'istanza di partecipazione** alla pubblica selezione, per titoli e colloquio, per la formulazione di un elenco di medici specialisti in medicina legale da utilizzare per l'affidamento di incarichi individuali di cui all'art. 7 del d.lgs 165/2001 e s.m.i. aventi ad oggetto l'espletamento delle funzioni di presidente delle commissioni mediche, preposte all'accertamento delle condizioni di invalidità civile, handicap, disabilità, sordomutismo e cieco civile presso l'Azienda USL di Teramo. 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 veritiere 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 stato membro della Commissione per l'accertamento dell'Invalidità civile:

- dal _____ al _____
- in qualità di (Presidente o componente) _____
- presso _____ ☐ Azienda USL _____ ☐ INPS sede di _____ ☐ Ministero del Tesoro _____

- Dichiaro 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: _____
_____;

- 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.