

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE AVVISO PUBBLICO PER L'ATTRIBUZIONE DELL'INCARICO DI DIRETTORE DELL'UOC DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DEL P.O. DI ATRI.**

( 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

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ a partecipare all'avviso di pubblica selezione per l'attribuzione dell'incarico di Direttore Medico dell'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia del P.O. di Atri - disciplina di "Ortopedia e Traumatologia".

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 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 di Direttore Medico dell'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia del P.O. di Atri - disciplina di "Ortopedia e Traumatologia".

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 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 \_\_\_\_\_;
- 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 \_\_\_\_\_;

- 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 a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso di pubblica per l'attribuzione di incarico di Direttore Medico dell'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia del P.O. di Atri - disciplina di "Ortopedia e Traumatologia" - 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 \_\_\_\_\_
- 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'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.**

## 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 veritiere, 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

<p><b>di essere in possesso della Laurea</b> in .....</p> <p>conseguito in data.....</p> <p>presso l'Università degli Studi di .....</p> <p><i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i></p> <p>Riconoscimento a cura del ..... in data .....</p> <p><i>(duplicare il riquadro in caso di necessità)</i></p>
---

<p><b>di essere iscritto all'albo dell'ordine degli medici</b> della Provincia di.....</p> <p>dal..... n° di iscrizione.....</p>
--

<p><b>di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b></p> <p>1) Disciplina: .....</p> <p>conseguita in data.....presso l'Università di.....</p> <p>2) Disciplina:.....</p> <p>conseguita in data.....presso l'Università di.....</p> <p><i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i></p> <p>Riconoscimento a cura del, in data .....</p>
---

<p><b>di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:</b></p> <p>profilo professionale ..... disciplina .....</p> <p>dal ..... al .....</p> <p>dal ..... al .....</p> <p>dal ..... al .....</p> <p>con rapporto            <input type="checkbox"/> determinato            <input type="checkbox"/> indeterminato</p> <p>                                 <input type="checkbox"/> a tempo pieno            con impegno ridotto, ore ..... settimanali</p> <p>presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) .....</p>
---

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

\_\_\_\_\_