**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PUBBLICA SELEZIONE, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI N.1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE AD UN MEDICO IN POSSESSO ANATOMIA PATOLOGICA DA DESTINARE AI GICO (GRUPPI INTERDISCIPLINARI PER LE CURE ONCOLOGICHE) DEI PERCORSI DIAGNOSTICI – TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA).**

(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

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ a partecipare alla pubblica selezione, per titoli e colloquio, per il conferimento di n.1 di n.1 incarico libero professionale ad un Medico in possesso della specializzazione in Anatomia Patologica da destinare ai GICO (gruppi interdisciplinari per le cure oncologiche) dei percorsi diagnostici – terapeutici assistenziali (PDTA).

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;

FAC-SIMILE

* 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 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:
* 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.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 il conferimento di n.1 incarico libero professionale ad un Medico in possesso della specializzazione in Anatomia Patologica da destinare ai GICO (gruppi interdisciplinari per le cure oncologiche) dei percorsi diagnostici – terapeutici assistenziali (PDTA), 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;

**DICHIARA**

- di non godimento del trattamento di quiescenza;

- di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

FAC-SIMILE

- 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 alla pubblica selezione, per titoli e colloquio, per il conferimento di per il conferimento di n.1 incarico libero professionale ad un Medico in possesso della specializzazione in Anatomia Patologica da destinare ai GICO (gruppi interdisciplinari per le cure oncologiche) dei percorsi diagnostici – terapeutici assistenziali (PDTA), 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;

**DICHIARA**

- Di aver prestato i seguenti servizi:

* dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAC-SIMILE

* 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.**