SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PUBBLICA SELEZIONE, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER L’ASSUNZIONE CON RAPPORTO DI LAVORO ESCLUSIVO A TEMPO DETERMINATO DI N. 1 DIRIGENTE MEDICO DELLA DISCIPLINA DI PSICHIATRIA PER LA REALIZZAZIONE DI ATTIVITA’ PREVISTE NEL PIANO REGIONALE GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO –GAP- APPROVATO CON DGR 644/2018 AI SENSI DELL’ART.15 OCTIES DEL D.LGS 502/92 (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 l’assunzione con rapporto di lavoro esclusivo a tempo determinato di n.1 Dirigente Medico della disciplina di Psichiatria per la realizzazione di attività previste nel Piano Regionale Gioco d’Azzardo Patologico –GAP - approvato con DGR 644/2018.

 A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, anche agli effetti previsti dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000**:**

* di chiamarsi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

FAC-SIMILE

* 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 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 aver diritto, preferenza, in caso di parità di punteggio, ai sensi dell’art. 5, comma 4, D.P.R. 487/94 per il seguente motivo \_\_\_\_\_\_ ;
* 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;
* 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’**

**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 l’assunzione con rapporto di lavoro esclusivo a tempo determinato di n.1 Dirigente Medico della disciplina di Psichiatria per la realizzazione di attività previste nel Piano Regionale Gioco d’Azzardo Patologico –GAP - approvato con DGR 644/2018, 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 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

FAC-SIMILE

 ❑ 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 l’assunzione con rapporto di lavoro esclusivo a tempo determinato di n.1 Dirigente Medico della disciplina di Psichiatria per la realizzazione di attività previste nel Piano Regionale Gioco d’Azzardo Patologico –GAP - approvato con DGR 644/2018.

 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;

**DICHIARA**

- 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.

FAC-SIMILE

***(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.**