

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO** DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MOBILITA’ VOLONTARIA (DALL’ESTERNO), PER TITOLI E COLLOQUIO, RISERVATO A N.1 DIRIGENTE MEDICO DELLA DISCIPLINA DI MEDICINA NUCLEARE CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO IN SERVIZIO PRESSO I COMPARTI DI CUI AL CCNQ 13/07/2016.

(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 mobilità volontaria (dall’esterno), per titoli e colloquio, per N.1 posto di dirigente medico - disciplina di Medicina Nucleare con esperienza e/o formazione specifica nell’utilizzo delle apparecchiature PET e PET TAC.

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 servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella posizione funzionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso della professionalità specifica in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*precisare la professionalità specifica in possesso qualora richiesta dall’avviso*);
* di essere in possesso di esperienza e/o formazione specifica nell’utilizzo di apparecchiature pet e e pet tac*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(specificare);*
* di non essere stato dichiarato dal Collegio Medico delle UU.SS.LL. o dal medico competente aziendale, fisicamente “non idoneo” ovvero “idoneo con prescrizioni particolari” alle mansioni del profilo oggetto della mobilità o per i quali, comunque risultino formalmente delle limitazioni al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo stesso in termini di esonero parziale o totale da turni, servizi notturni e festivi, pronta disponibilità, attività di reparto, attività di sala operatoria, etc.;

FAC-SIMILE

* di aver superato il periodo di prova;
* di non avere subito nell’ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso condanne penali o provvedimenti disciplinari superiori alla censura;
* di avere prestato i servizi di cui all’allegata documentazione probatoria;
* di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa al presente avviso: Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 mobilità volontaria (dall’esterno), per titoli e colloquio, per n.1 dirigente medico della disciplina di Medicina Nucleare 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 essere stato dichiarato dal Collegio Medico delle UU.SS.LL. o dal medico competente aziendale, fisicamente “non idoneo” ovvero “idoneo con prescrizioni particolari” alle mansioni del profilo oggetto della mobilità o per i quali, comunque risultino formalmente delle limitazioni al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo stesso in termini di esonero parziale o totale da turni, servizi notturni e festivi, pronta disponibilità, attività di reparto, attività di sala operatoria, etc;

FAC-SIMILE

* di non avere subito nell’ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso condanne penali o provvedimenti disciplinari superiori alla censura;
* di avere prestato i servizi di cui all’allegata documentazione probatoria;
* di essere in possesso di esperienza e/o formazione specifica nell’utilizzo di apparecchiature pet e e pet tac*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(specificare);*
* **di avere la seguente situazione familiare e/o sociale:**

❑ avere n. \_\_\_ figlio/i minorenne (*indicare cognome, nome e data di nascita domicilio e residenza se diversa dal domicilio)* residenti nella Provincia di Teramo;

❑ di ricongiungersi al coniuge \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare cognome, nome, data di nascita, domicilio e* ***residenza se diversa dal domicilio***) residente nella Provincia di Teramo;

* di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
* di essere in possesso dell’ulteriore titolo di studio:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di essere iscritto/a all’Albo dell’Ordine dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* Di essere in possesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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.

Si precisa, inoltre, **che per una corretta e puntuale valutazione dei titoli è consigliabile allegare fotocopia semplice di tutti i titoli che il candidato intende far valere**, corredata da copia del documento di riconoscimento.

**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 mobilità volontaria (dall’esterno), per titoli e colloquio, per n.1 dirigente medico della disciplina di Medicina Nucleare, 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 essere in possesso della professionalità specifica in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*precisare la professionalità specifica in possesso qualora richiesta dall’avviso*);

FAC-SIMILE

* **essere dipendente in servizio a tempo indeterminato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

❑ **a tempo pieno** ❑ **a part-time – N. ore settimanali \_\_\_\_\_;**

- Di aver prestato i seguenti servizi:

|  |
| --- |
| * dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   ❑ Ente Pubblico ❑ Struttura privata ❑ Casa di cura privata convenz. SSN ❑ Altro \_\_\_\_\_\_\_ **(da specificare)**  con la seguente tipologia di contratto:  ❑ lavoro subordinato ❑ libero professionale ❑ collaborazione coordinata e continuata  ❑ specialistica ambulatoriale ❑ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(da specificare)**   * 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)***  ***(DUPLICARE IL RIQUADRO IN CASO DI NECESSITÀ)*** |

- Dichiara le seguenti pubblicazioni:

Titolo del lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riferimento bibliografici: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**delle pubblicazioni indicate il/la sottoscritto/a deve allegare fotocopia semplice unitamente alla dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000 di conformità all’originale.**

- 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.

Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una amministrazione dello Stato.

**Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia del documento di identità, il candidato verrà ammesso all’avviso, ma non si procederà alla valutazione dei titoli e/o delle pubblicazioni**.