

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PUBBLICA SELEZIONE, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO DI CPS – TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE (CAT. D)**

(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

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ chiedo di essere ammesso a partecipare alla pubblica selezione, per titoli e colloquio, per l'assunzione con rapporto di lavoro esclusivo a tempo determinato di CPS - Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare (Cat. D)

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 in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_, durata del corso anni \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ (indicare la precisa denominazione del corso di laurea, se trattasi di laurea del V.O. o di laurea specialistica o di laurea magistrale ed indicare, altresì, la classe di appartenenza);
  - 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 a tempo determinato di CPS - Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare (Cat. D), 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 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 essere in possesso dell'ulteriore titolo di studio: \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_;
- 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 a tempo determinato di CPS - Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare (Cat. D), 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 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/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.**