<u>SCHEMA ESEMPLIFICATIVO</u> DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PUBBLICA SELEZIONE, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO DI DIRIGENTI MEDICI DELLA DISCIPLINA DI OTORINOLARINGOIATRIA (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 Dirigenti Medici della disciplina di Otorinolaringoiatria.

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 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 essere iscritt_ a _____anno del corso di specializzazione nella disciplina di _____ ;
- 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 assume 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 _____

<u>ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'</u>

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 dirigenti medici della disciplina di Otorinolaringoiatria, 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 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 iscritto/a a_____anno di specializzazione nella disciplina_____;
- 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 a tempo determinato di dirigenti medici della disciplina di Otorinolaringoiatria 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)

- Dichiara le seguenti pubblicazioni:

Titolo del lavoro: _____
Autori: _____
Riferimento bibliografici: _____

delle pubblicazioni indicate il/la sottoscritto/a <u>deve allegare</u> 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.**
<u>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.</u>