

**ALLEGATO A**

**AVVISO DI SELEZIONE INTERNA, PER TITOLI E COLLOQUIO TECNICO MOTIVAZIONALE RISERVATO AL PERSONALE DELL'AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI PER IL PROFILO DI "INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ" (N. 33 posti).**

(DA REDIGERE SU CARTA SEMPLICE E DA COMPILARE IN MODO LEGGIBILE, PREFERIBILMENTE DATILOSCRITTA)

Al Direttore Generale  
ASL Teramo  
Circonvallazione Ragusa, 1  
64100 – Teramo

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ a partecipare all'avviso di selezione interna, per titoli e colloquio tecnico motivazionale, riservato al personale dell'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari per il profilo di Infermiere di Famiglia e Comunità.

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. \_\_\_\_\_) e di risiedere in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n\_ \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_;
- di essere dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda USL di Teramo nel profilo professionale di \_\_\_\_\_ in servizio presso l'U.O. \_\_\_\_\_ (specificare l'Unità Operativa dell'attività lavorativa) del Presidio/Distretto di \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della Laurea in \_\_\_\_\_ (o titolo equipollente) conseguita presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di non essere stato dichiarato dal Medico competente aziendale, fisicamente "non idoneo" ovvero "idonei con prescrizioni particolari" alle mansioni del profilo oggetto dell'avviso interno o per i quali, comunque, risultino formalmente delle limitazioni al normale svolgimento delle mansioni di Infermiere di Famiglia e Comunità;
- di indicare la seguente e-mail aziendale ove ricevere ogni comunicazione relativa al presente avviso interno: \_\_\_\_\_@aslteramo.it e il seguente recapito telefonico: Cell. \_\_\_\_\_;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196 e s.m.i..

Allega la seguente documentazione:

- dichiarazione sostitutiva di certificazione (**allegato B**), datata, firmata e redatta, ai sensi del D.P.R.445/2000 e s.m.i.,
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (**allegato C**), datata, firmata e redatta, ai sensi del D.P.R.445/2000 e s,m.i.,
- curriculum formativo e professionale (**allegato D**), datato, firmato e redatto ai sensi del D.P.R.445/2000 e s.m.i., dal quale si evincano: titoli di studio, esperienza professionale, attività didattica, formazione professionale, etc;
- copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- N. \_\_\_\_\_ pubblicazioni, *abstract*, poster, ecc.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
Il dichiarante

|  |
|--|
| <b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE</b> |
|--|

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 sottoscritt\_\_\_\_\_ , con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso interno, per titoli e colloquio tecnico motivazionale, riservato al personale dell'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari per il profilo di Infermiere di Famiglia e Comunità, 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 e s.m.i.

**DICHIARA**

- di non essere stato dichiarato dal Medico competente aziendale, fisicamente "non idoneo" ovvero "idonei con prescrizioni particolari" alle mansioni del profilo oggetto dell'avviso interno o per i quali, comunque, risultino formalmente delle limitazioni al normale svolgimento delle mansioni di Infermiere di Famiglia e Comunità;
- di essere in possesso della Laurea in \_\_\_\_\_(o titolo equipollente) conseguita presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dell'ulteriore titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a al n. \_\_\_\_\_ dell'Ordine Professionale della Provincia di \_\_\_\_\_;
- di aver maturato le seguenti esperienze professionali: \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso delle seguenti conoscenze \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili:  
attestati di partecipazione a congressi, convegni, corsi di aggiornamento, diplomi di specializzazione, formazione, qualificazione tecnica, ecc. **(Ai fini della valutazione è necessaria una dettagliata descrizione)**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Denominazione            |  |
| Ente organizzatore       |  |
| Sede svolgimento         |  |
| Data e durata (giorno/i) |  |
| Crediti ECM -CFU         |  |
| Denominazione            |  |
| Ente organizzatore       |  |
| Sede svolgimento         |  |
| Data e durata (giorno/i) |  |
| Crediti ECM - CFU        |  |

\*Duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

- di essere in possesso di : \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
Il dichiarante

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

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 sottoscritt \_\_\_\_\_, con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso interno, per titoli e colloquio tecnico motivazionale, riservato al personale dell'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari per il profilo di Infermiere di Famiglia e Comunità, 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 e s.m.i.

**DICHIARA**

- di essere dipendente in servizio a tempo indeterminato presso l'Azienda USL di Teramo - P.O. di \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ nel profilo professionale di \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

a tempo pieno

a part-time – N. ore settimanali \_\_\_\_\_;

- di aver prestato i seguenti servizi:

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- in qualità di \_\_\_\_\_ (ex \_\_\_qualifica funzionale)
- presso \_\_\_\_\_  
 Ente Pubblico  Struttura privata  Struttura privata convenz. SSN  Altro \_\_\_\_\_  
**(da specificare)**

con la seguente tipologia di contratto:

- lavoro subordinato  libero professionale  collaborazione coordinata e continuata
- agenzia interinale  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)**

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- in qualità di \_\_\_\_\_ (ex \_\_\_qualifica funzionale)
- presso \_\_\_\_\_  
 Ente Pubblico  Struttura privata  Struttura privata convenz. SSN  Altro \_\_\_\_\_  
**(da specificare)**

con la seguente tipologia di contratto:

- lavoro subordinato  libero professionale  collaborazione coordinata e continuata
- agenzia interinale  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

- le seguenti pubblicazioni:

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Autore/i                      |   |
| Tipologia di pubblicazione    | <input type="checkbox"/> Articolo <input type="checkbox"/> <i>Abstract</i> <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Atti Convegno |
| Rivista/Convegno              |   |
| Titolo pubblicazione          |   |
| Data pubblicazione            |   |
| Riferimenti (pagine/edizione) |   |
| Autore/i                      |   |
| Tipologia di pubblicazione    | <input type="checkbox"/> Articolo <input type="checkbox"/> <i>Abstract</i> <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Atti Convegno |
| Rivista/Convegno              |   |
| Titolo pubblicazione          |   |
| Data pubblicazione            |   |
| Riferimenti (pagine/edizione) |   |

\*Duplicare il riquadro in caso di necessità

**Delle pubblicazioni indicate il/la sottoscritto/a deve allegare fotocopia semplice conforme agli originali in suo possesso.**

- altri titoli:

---



---



---



---

- Dichiaro che le seguenti copie sono conformi all'originale:

- 1) \_\_\_\_\_;
- 2) \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
Il dichiarante

**CURRICULUM VITAE**
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto riportato nel presente documento corrisponde a stati o fatti risultanti da documenti in proprio possesso ovvero presso le pubbliche amministrazioni ivi indicate.

| <b>INFORMAZIONI GENERALI</b> |  |
|------------------------------|--|
| NOME E COGNOME               |  |
| LUOGO E DATA DI NASCITA      |  |
| INDIRIZZO                    |  |
| TELEFONO                     |  |
| C.F.                         |  |
| NAZIONALITA'                 |  |

| <b>ESPERIENZA LAVORATIVA*</b> |  |
|-------------------------------|--|
| Denominazione Ente            |  |
| Servizio prestato             | Dal _____ Al _____   |
| Profilo/Qualifica             |  |
| U.O./Servizio                 |  |
| Tipologia contratto           | <input type="checkbox"/> Indeterminato <input type="checkbox"/> Determinato <input type="checkbox"/> Somministrazione <input type="checkbox"/> Altro |
| Profilo orario                | <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Tempo parziale   |
| Impegno orario                | _____ h/sett.  |
| Denominazione Ente            |  |
| Servizio prestato             | Dal _____ Al _____   |
| Profilo/Qualifica             |  |
| U.O./Servizio                 |  |
| Tipologia contratto           | <input type="checkbox"/> Indeterminato <input type="checkbox"/> Determinato <input type="checkbox"/> Somministrazione <input type="checkbox"/> Altro |
| Profilo orario                | <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Tempo parziale   |
| Impegno orario                | _____ h/sett.  |
| Denominazione Ente            |  |
| Servizio prestato             | Dal _____ Al _____   |
| Profilo/Qualifica             |  |
| U.O./Servizio                 |  |
| Tipologia contratto           | <input type="checkbox"/> Indeterminato <input type="checkbox"/> Determinato <input type="checkbox"/> Somministrazione <input type="checkbox"/> Altro |
| Profilo orario                | <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Tempo parziale   |
| Impegno orario                | _____ h/sett.  |

\*Barrare le caselle interessate e duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

| <b>TITOLI DI STUDIO*</b> |  |
|--------------------------|--|
| Denominazione titolo     |  |
| Università/Ente          |  |
| Luogo                    |  |
| A.A.                     |  |
| Data conseguimento       |  |
| Denominazione titolo     |  |
| Università/Ente          |  |
| Luogo                    |  |
| A.A.                     |  |
| Data conseguimento       |  |
| Denominazione titolo     |  |
| Università/Ente          |  |
| Luogo                    |  |
| A.A.                     |  |
| Data conseguimento       |  |
| Denominazione titolo     |  |
| Università/Ente          |  |
| Luogo                    |  |
| A.A.                     |  |
| Data conseguimento       |  |

\*Duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

| <b>ISCRIZIONE ORDINE PROFESSIONALE</b> |  |
|--|--|
| Denominazione Ordine                   |  |
| Provincia                              |  |
| N. Iscrizione                          |  |
| Anno Iscrizione                        |  |

| <b>FORMAZIONE CONTINUA ECM*</b> |  |
|---------------------------------|--|
| Denominazione corso             |  |
| Ente organizzatore              |  |
| Sede svolgimento                |  |
| Durata (giorno/i)               |  |
| Data                            |  |
| Crediti ECM                     |  |
| Denominazione corso             |  |
| Ente organizzatore              |  |
| Sede svolgimento                |  |
| Durata (giorno/i)               |  |
| Data                            |  |
| Crediti ECM                     |  |
| Denominazione corso             |  |
| Ente organizzatore              |  |
| Sede svolgimento                |  |
| Durata (giorno/i)               |  |
| Data                            |  |
| Crediti ECM                     |  |
| Denominazione corso             |  |
| Ente organizzatore              |  |
| Sede svolgimento                |  |
| Durata (giorno/i)               |  |
| Data                            |  |
| Crediti ECM                     |  |
| Denominazione corso             |  |
| Ente organizzatore              |  |
| Sede svolgimento                |  |
| Durata (giorno/i)               |  |
| Data                            |  |
| Crediti ECM                     |  |
| Denominazione corso             |  |
| Ente organizzatore              |  |
| Sede svolgimento                |  |
| Durata (giorno/i)               |  |
| Data                            |  |
| Crediti ECM                     |  |
| Denominazione corso             |  |
| Ente organizzatore              |  |
| Sede svolgimento                |  |
| Durata (giorno/i)               |  |
| Data                            |  |
| Crediti ECM                     |  |

\*Duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

| <b>INCARICHI DOCENTE/RELATORE*</b> |  |
|------------------------------------|--|
| Denominazione Ente                 |  |
| Denominazione corso                |  |
| Titolo docenza/relazione           |  |
| Data                               |  |
| N. Ore                             |  |
| Denominazione Ente                 |  |
| Denominazione corso                |  |
| Titolo docenza/relazione           |  |
| Data                               |  |
| N. Ore                             |  |
| Denominazione Ente                 |  |
| Denominazione corso                |  |
| Titolo docenza/relazione           |  |
| Data                               |  |
| N. Ore                             |  |
| Denominazione Ente                 |  |
| Denominazione corso                |  |
| Titolo docenza/relazione           |  |
| Data                               |  |
| N. Ore                             |  |
| Denominazione Ente                 |  |
| Denominazione corso                |  |
| Titolo relazione                   |  |
| Data                               |  |
| N. Ore                             |  |
| Denominazione Ente                 |  |
| Denominazione corso                |  |
| Titolo docenza/relazione           |  |
| Data                               |  |
| N. Ore                             |  |
| Denominazione Ente                 |  |
| Denominazione corso                |  |
| Titolo docenza/relazione           |  |
| Data                               |  |
| N. Ore                             |  |
| Denominazione Ente                 |  |
| Denominazione corso                |  |
| Titolo docenza/relazione           |  |
| Data                               |  |
| N. Ore                             |  |
| Denominazione Ente                 |  |
| Denominazione corso                |  |
| Titolo docenza/relazione           |  |
| Data                               |  |
| N. Ore                             |  |

\*Duplicare i riquadri, qualora non sufficienti



| PUBBLICAZIONI RIVISTE – ABSTRACT – POSTER - ATTI CONVEGNI* |   |
|--|---|
| Autore/i   |   |
| Tipologia di pubblicazione                                 | <input type="checkbox"/> Articolo <input type="checkbox"/> <i>Abstract</i> <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Atti Convegno |
| Rivista/Convegno   |   |
| Titolo pubblicazione                                       |   |
| Data pubblicazione   |   |
| Riferimenti<br>(pagine/edizione)                           |   |
| Autore/i   |   |
| Tipologia di pubblicazione                                 | <input type="checkbox"/> Articolo <input type="checkbox"/> <i>Abstract</i> <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Atti Convegno |
| Rivista/Convegno   |   |
| Titolo pubblicazione                                       |   |
| Data Pubblicazione   |   |
| Riferimenti<br>(pagine/edizione)                           |   |
| Autore/i   |   |
| Tipologia di pubblicazione                                 | <input type="checkbox"/> Articolo <input type="checkbox"/> <i>Abstract</i> <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Atti Convegno |
| Rivista/Convegno   |   |
| Titolo pubblicazione                                       |   |
| Data Pubblicazione   |   |
| Riferimenti<br>(pagine/edizione)                           |   |
| Autore/i   |   |
| Tipologia di pubblicazione                                 | <input type="checkbox"/> Articolo <input type="checkbox"/> <i>Abstract</i> <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Atti Convegno |
| Rivista/Convegno   |   |
| Titolo pubblicazione                                       |   |
| Data Pubblicazione   |   |
| Riferimenti<br>(pagine/edizione)                           |   |
| Autore/i   |   |
| Tipologia di pubblicazione                                 | <input type="checkbox"/> Articolo <input type="checkbox"/> <i>Abstract</i> <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Atti Convegno |
| Rivista/Convegno   |   |
| Titolo pubblicazione                                       |   |
| Data Pubblicazione   |   |
| Riferimenti<br>(pagine/edizione)                           |   |

\*Barrare la casella interessata e duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

## COMPETENZE DIGITALI\*

### Elaborazione informazioni:

- Programmi di scrittura  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente  
 Programmi di calcolo  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente  
 Presentazioni  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente  
 Altro:  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente

### Creazione contenuti:

- Programmi di calcolo  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente  
 Presentazioni/slides  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente  
 Elaborazione PDF  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente  
 Altro:  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente

### Comunicazione:

- Sistemi posta elettronica  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente  
 Piattaforme videoconferenze  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente  
 Altro:  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente

\*Barrare le caselle interessate e duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

## COMPETENZE LINGUISTICHE\*

**Lingua madre**  \_\_\_\_\_

### Altra lingua

- Comprensione ascolto  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente  
 Comprensione lettura  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente  
 Comunicazione orale  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente  
 Produzione scritta  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente

\*Barrare le caselle interessate e duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

## COMPETENZE PERSONALI

Capacità e competenze  
relazionali

Capacità e competenze  
organizzative

Altro

\*Duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) – GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016 e del D.lgs 196/2003 come modificato del D.Lgs n.101 del 10.08.2018, recante Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento EU 679/2016 (GDPR)

Allegare Copia Documento di riconoscimento

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
Il dichiarante