**Allegato A)**

**DOMANDA DI AMMISSIONE**

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO**

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MOBILITÀ INTERNA (ORDINARIA) VOLONTARIA, PER SOLI TITOLI, **PER IL PROFILO DI** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Al Direttore Generale

ASL Teramo

Circonvallazione Ragusa n. 1

64100 - TERAMO

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ a partecipare alla mobilità (interna) ordinaria volontaria, per soli titoli, per n. \_\_\_\_\_ posto/i di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso (*indicare DUE sedi di servizio – per cui si chiede il trasferimento)*

* **I SEDE : Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **II SEDE : Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, anche agli effetti previsti dal DPR 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 l’ASL Teramo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* 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.;
* 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 la seguente situazione familiare e/o sociale:**

❑ di avere n. \_\_\_\_\_ figlio/i minorenne/i (*indicare cognome, nome e data di nascita);*

❑ di essere titolare dei benefici di cui alla Legge 104/92 a favore del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare cognome, nome, data di nascita e residenza)* ovvero a favore del sottoscritto;

❑ di essere Donna vittima di violenza ex art. 1 - ter del D.Lgs. 165/2001;

❑ di avere le seguenti esigenze di salute \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di avere prestato i servizi di cui all’allegata documentazione probatoria;
* di indicare la seguente e-mail aziendale ove ricevere ogni comunicazione relativa al presente avviso di mobilità: ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@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;

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

(luogo e data) Il dichiarante

**Allegato B)**

**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*.

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAZIONI GENERALI** | |
| NOME E COGNOME |  |
| LUOGO E DATA DI NASCITA |  |
| INDIRIZZO |  |
| TELEFONO |  |
| C.F. |  |
| NAZIONALITA’ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESPERIENZA LAVORATIVA\*** | |
| Denominazione Ente  Servizio prestato  Profilo/Qualifica  U.O./Servizio  Tipologia contratto  Profilo orario  Impegno Orario |  |
| Dal Al |
|  |
|  |
|  Indeterminato  Determinato  Somministrazione  Altro |
|  Tempo pieno  Tempo parziale |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ h/sett. |
| Denominazione Ente  Servizio prestato  Profilo/Qualifica  U.O./Servizio  Tipologia contratto  Profilo orario  Impegno Orario |  |
| Dal Al |
|  |
|  |
|  Indeterminato  Determinato  Somministrazione  Altro |
|  Tempo pieno  Tempo parziale |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ h/sett. |
| Denominazione Ente  Servizio prestato  Profilo/Qualifica  U.O./Servizio  Tipologia contratto  Profilo orario  Impegno Orario |  |
| Dal Al |
|  |
|  |
|  Indeterminato  Determinato  Somministrazione  Altro |
|  Tempo pieno  Tempo parziale |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ h/sett. |
| Denominazione Ente  Servizio prestato  Profilo/Qualifica  U.O./Servizio  Tipologia contratto  Profilo orario  Impegno Orario |  |
| Dal Al |
|  |
|  |
|  Indeterminato  Determinato  Somministrazione  Altro |
|  Tempo pieno  Tempo parziale |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ h/sett. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **ISTRUZIONE E FORMAZIONE\*** | |
| 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

|  |  |
| --- | --- |
| **ISCRIZIONE ORDINE PROFESSIONALE** | |
| Denominazione Ordine  Provincia  N. Iscrizione  Anno Iscrizione |  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAZIONE CONTINUA ECM\* (riferita ESCLUSIVAMENTE ai 5 anni antecedenti la scadenza del bando)** | |
| 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

|  |  |
| --- | --- |
| **INCARICHI DOCENTE/RELATORE\*** | |
| 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 Rivista/Convegno  Titolo pubblicazione  Data pubblicazione  Riferimenti (pagine/edizione) |  |
|  Articolo  *Abstract*   Poster  Atti Convegno |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Autore/i  Tipologia di pubblicazione Rivista/Convegno  Titolo pubblicazione  Data Pubblicazione  Riferimenti (pagine/edizione) |  |
|  Articolo  *Abstract*   Poster  Atti Convegno |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Autore/i  Tipologia di pubblicazione Rivista/Convegno  Titolo pubblicazione  Data Pubblicazione  Riferimenti (pagine/edizione) |  |
|  Articolo  *Abstract*  Poster  Atti Convegno |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Autore/i  Tipologia di pubblicazione Rivista/Convegno  Titolo pubblicazione  Data Pubblicazione  Riferimenti (pagine/edizione) |  |
|  Articolo  *Abstract*  Poster  Atti Convegno |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Autore/i  Tipologia di pubblicazione Rivista/Convegno  Titolo pubblicazione  Data Pubblicazione  Riferimenti (pagine/edizione) |  |
|  Articolo  *Abstract*  Poster  Atti Convegno |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPETENZE DIGITALI\*** | |
| **Elaborazione dati**  Programmi di scrittura  Programmi di calcolo  Presentazioni  Altro: |  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente   Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente   Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente   Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente |
| **Creazione contenuti**  Programmi di calcolo  Presentazioni/*slides*  Elaborazione PDF  Altro: |  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente   Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente   Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente   Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente |
| **Comunicazione**  Sistemi posta elettronica  Piattaforme videoconferenze  Altro: |  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente   Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente   Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPETENZE LINGUISTICHE\*** | |
| **Lingua madre** |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Altra lingua** |  |
| Comprensione ascolto  Comprensione lettura  Comunicazione orale  Produzione scritta |  Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente   Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente   Avanzato  Discreto  Sufficiente  Insufficiente   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 D. Lgs 196/2003* e s.m.i. e dell’art. 13 *(GDPR)*

Allegare Copia Documento di riconoscimento

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

(luogo e data) Il dichiarante

**Allegato C)**

**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 -)

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ a partecipare alla mobilità (interna) ordinaria volontaria, per soli titoli, per n. \_\_\_\_\_ posto/i di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso (*indicare DUE sedi di servizio – per cui si chiede il trasferimento)*

* **I SEDE : Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **II SEDE : Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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;
* 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 avere la seguente situazione familiare e/o sociale:**

❑ di avere n. \_\_\_\_\_ figlio/i minorenne/i (*indicare cognome, nome e data di nascita);*

❑ di essere titolare dei benefici di cui alla Legge 104/’92 a favore del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare*

*cognome, nome, data di nascita e residenza)* ovvero a favore del sottoscritto;

❑ di essere Donna vittima di violenza ex art. 1 - ter del D.Lgs. 165/2001;

❑ di avere le seguenti esigenze di salute \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* 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’Ordine dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* 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 dei Corsi di aggiornamento e/o seminari con riferimento ai cinque anni antecedenti la scadenza del bando)**

|  |  |
| --- | --- |
| 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

* 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. 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.

**Allegato D)**

**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 -)

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ a partecipare alla mobilità (interna) ordinaria volontaria, per soli titoli, per n. \_\_\_\_\_ posto/i di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso (*indicare DUE sedi di servizio – per cui si chiede il trasferimento)*

* **I SEDE : Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **II SEDE : Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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 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 Rivista/Convegno  Titolo pubblicazione  Data pubblicazione  Riferimenti (pagine/edizione) |  |
|  Articolo  *Abstract*  Poster  Atti Convegno |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Autore/i  Tipologia di pubblicazione Rivista/Convegno  Titolo pubblicazione  Data pubblicazione  Riferimenti (pagine/edizione) |  |
|  Articolo  *Abstract*  Poster  Atti Convegno |
|  |
|  |
|  |
|  |

\*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:

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

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

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

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

- 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**.