



## 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	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.
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>ISTRUZIONE E FORMAZIONE*</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* (riferita ESCLUSIVAMENTE ai 5 anni antecedenti la scadenza del bando)</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

<b>PUBBLICAZIONI RIVISTE – ABSTRACT – POSTER - ATTI CONVEGNI*</b>	
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)	
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)	
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)	

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

## COMPETENZE DIGITALI\*

### Elaborazione dati

Programmi di scrittura	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
Programmi di calcolo	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
Presentazioni	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
Altro:	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente

### Creazione contenuti

Programmi di calcolo	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
Presentazioni/slides	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
Elaborazione PDF	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
Altro:	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente

### Comunicazione

Sistemi posta elettronica	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
Piattaforme videoconferenze	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
Altro:	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente

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

## COMPETENZE LINGUISTICHE\*

### Lingua madre

\_\_\_\_\_

### Altra lingua

Comprensione ascolto	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
Comprensione lettura	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
Comunicazione orale	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
Produzione scritta	<input type="checkbox"/> Avanzato	<input type="checkbox"/> Discreto	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> 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 -)

\_I\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso\_ 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;

**D I C H I A R A**

- 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 minorenni/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 -)

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso 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;

### D I C H I A R A

- 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:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• dal _____ al _____</li> <li>• in qualità di _____ (ex ____qualifica funzionale)</li> <li>• presso _____  <input type="checkbox"/> Ente Pubblico   <input type="checkbox"/> Struttura privata   <input type="checkbox"/> Struttura privata convenz. SSN   <input type="checkbox"/> Altro _____ (da specificare)</li> </ul> <p>con la seguente tipologia di contratto:</p> <p><input type="checkbox"/> lavoro subordinato   <input type="checkbox"/> libero professionale   <input type="checkbox"/> collaborazione coordinata e continuata  <input type="checkbox"/> agenzia interinale   <input type="checkbox"/> Altro _____ (da specificare)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N. ore sett.li _____</li> </ul>
<p>- dichiara, altresì, che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'46 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761.</p> <p><b>(in mancanza di uno degli elementi di cui sopra non si procederà all'attribuzione del relativo punteggio)</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dal _____ al _____</li> <li>• in qualità di _____ (ex ____qualifica funzionale)</li> <li>• presso _____  <input type="checkbox"/> Ente Pubblico   <input type="checkbox"/> Struttura privata   <input type="checkbox"/> Struttura privata convenz. SSN   <input type="checkbox"/> Altro _____ (da specificare)</li> </ul> <p>con la seguente tipologia di contratto:</p> <p><input type="checkbox"/> lavoro subordinato   <input type="checkbox"/> libero professionale   <input type="checkbox"/> collaborazione coordinata e continuata  <input type="checkbox"/> agenzia interinale   <input type="checkbox"/> Altro _____ (da specificare)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N. ore sett.li _____</li> </ul>
<p>- dichiara, altresì, che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'46 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761.</p> <p><b>(in mancanza di uno degli elementi di cui sopra non si procederà all'attribuzione del relativo punteggio)</b></p>

\*Duplicare il riquadro in caso di necessità

- le seguenti pubblicazioni:

Autore/i	
Tipologia di pubblicazione	<input type="checkbox"/> Articolo <input type="checkbox"/> Abstract <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"/> Abstract <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

**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.**