**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO** ***(Allegato 1)***

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER L’ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO DI N. 1 DIRIGENTE MEDICO PER LE ESIGENZE DELL’UOC SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE, DELLA DISCIPLINA DI FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA O DI PSICHIATRIA O DI INFETTIVOLOGIA O DI MEDICINA INTERNA.**

Al Direttore

dell'UOC Pianificazione Dinamiche

e Sviluppo del Personale

[**ufficio.concorsi@pec.aslteramo.it**](mailto:ufficio.concorsi@pec.aslteramo.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso/a a partecipare all’Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per l’assunzione a tempo determinato di n. 1 Dirigente Medico per le esigenze dell’UOC Servizio dipendenze patologiche, della disciplina di Farmacologia e tossicologia clinica o di Psichiatria o di Infettivologia o di Medicina interna.

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 nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_, CAP. \_\_\_\_;
* di essere domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_, CAP. \_\_\_\_ *(solo se diverso da residenza);*
* di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*specificare ed allegare eventualmente il permesso di soggiorno)*;
* di possedere un’adeguata conoscenza della lingua italiana *(solo per i cittadini degli altri Paesi dell’Unione Europea)*;
* di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* 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 NON AVER riportato condanne penali e/o procedimenti penali in corso;
* di AVER riportato le seguenti condanne penali e/o procedimenti penali in corso (*dichiarare 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 stato/a licenziato/a a seguito di procedimento disciplinare;
* di ESSERE stato/a licenziato/a a seguito di procedimento disciplinare (dichiarare la tipologia di sanzione espulsiva comminata e/o di procedimento disciplinare in corso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di NON ESSERE stato/a escluso/a dall’elettorato attivo e/o dispensato/a dall’impiego presso Pubbliche Amministrazioni per avere conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
* di ESSERE stato/a escluso/a dall’elettorato attivo e/o dispensato/a dall’impiego presso Pubbliche Amministrazioni per avere conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
* di essere idoneo alla mansione specifica;
* di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196.

**Allego fotocopia del documento d’identità in corso di validità.**

**Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (*i candidati hanno l’obbligo di comunicare gli eventuali cambi di indirizzo PEC all’Azienda USL, la quale non assume responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso l’indirizzo comunicato*)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE** ***(Allegato 2)***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con riferimento all’istanza di partecipazione all’Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per l’assunzione a tempo determinato di n. 1 Dirigente Medico per le esigenze dell’UOC Servizio dipendenze patologiche, della disciplina di Farmacologia e tossicologia clinica o di Psichiatria o di Infettivologia o di Medicina interna.

*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 avere diritto alla preferenza, in caso di parità di punteggio, ai sensi dell’art. 5, comma 4, del D.P.R. 487/94 per il seguente motivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso del Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso del Diploma di Specializzazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- 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 al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno del corso di specializzazione nella disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto all’Ordine dei Medici-Chirurghi n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio della professione Medico – Chirurgo in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso dell’ulteriore titolo di studio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di: □ Docente/Relatore □ Discente/Uditore;
    - Denominazione del corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ organizzato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di: □ Docente/Relatore □ Discente/Uditore;

* + - Denominazione del corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ organizzato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di: □ Docente/Relatore □ Discente/Uditore;
    - Denominazione del corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ organizzato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di: □ Docente/Relatore □ Discente/Uditore;
  + Altra idonea documentazione da cui sia possibile dedurre attitudini professionali in relazione alle mansioni da svolgere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ (Allegato 3)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con riferimento all’istanza di partecipazione all’Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per l’assunzione a tempo determinato di n. 1 Dirigente Medico per le esigenze dell’UOC Servizio dipendenze patologiche, della disciplina di Farmacologia e tossicologia clinica o di Psichiatria o di Infettivologia o di Medicina interna.

*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 aver prestato i seguenti servizi:
  + *dal* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *al* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*in qualità di* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *disciplina* *di* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*presso* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*tipo di ente* ❑ Pubblico ❑ Privato ❑ Convenzionato SSN

*tipologia contrattuale* ❑ Subordinato ❑ Libero Professionale ❑ CO.CO.CO. ❑ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*N.* *ore* *sett.li* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* + *dal* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *al* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*in qualità di* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *disciplina* *di* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*presso* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*tipo di ente* ❑ Pubblico ❑ Privato ❑ Convenzionato SSN

*tipologia contrattuale* ❑ Subordinato ❑ Libero Professionale ❑ CO.CO.CO. ❑ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*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)***

* le seguenti pubblicazioni:
  + Titolo del lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipologia di pubblicazione/rivista/convegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ unico autore ❑ più autori

Riferimento bibliografici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + Titolo del lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipologia di pubblicazione/rivista/convegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ unico autore ❑ più autori

Riferimento bibliografici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***delle pubblicazioni indicate il/la sottoscritto/a deve allegare fotocopia/scansione dei documenti originali in suo possesso.***

Dichiara che le seguenti copie sono conformi all’originale:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Altri titoli: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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.**