

## **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**

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;*

### **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 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;

### D I C H I A R A

▪ 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.**