

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE AVVISO PUBBLICO PER L'ATTRIBUZIONE DELL'INCARICO DI DIRETTORE DELL'UOC DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE DEL P.O. DI GIULIANOVA.

(da redigere su carta semplice e da compilare in modo leggibile, preferibilmente dattiloscritta).

Al Direttore Generale dell'Azienda USL di Teramo
Circonvallazione Ragusa n. 1
64100 Teramo

Il sottoscritt _____ chiede di essere ammesso a partecipare all'avviso di pubblica selezione per l'attribuzione dell'incarico di Direttore Medico dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Giulianova - disciplina di "Anestesia e Rianimazione".

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. di _____) il _____ e di risiedere a _____, Via _____, n. _____, CAP _____;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero _____;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- di aver riportato le seguenti condanne penali _____, ovvero di non avere riportato condanne penali;
- di essere in possesso del Diploma di laurea in _____ conseguito il _____ - presso _____;
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine _____ della Provincia di _____;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della Professione _____ in data _____;
- di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione _____ conseguita il _____ presso _____, durata del corso anni _____ ovvero di essere in servizio di ruolo presso _____ in qualità di _____ disciplina di _____ dal _____;
- 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 aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche amministrazioni: _____ ovvero di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
- di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa alla presente pubblica selezione: Sig. _____, Via _____, n. _____, CAP _____, Comune _____, Prov. _____, tel. n. _____;
- di non essere stat_ dispensat_ dall'impiego presso pubbliche amministrazioni e di non essere esclus_ dall'elettorato attivo;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196;
- di possedere un'adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per i cittadini degli altri Paesi dell'Unione Europea).

Allega la documentazione indicata nell'unito elenco descrittivo.

Data _____

Firma

**ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI
VALIDITA'**

**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 -)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso di pubblica selezione per l'attribuzione dell'incarico di Direttore Medico dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Giulianova - disciplina di "Anestesia e Rianimazione".

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 giugno 2003, n. 196;

D I C H I A R A

- Di essere in possesso della laurea in _____ conseguita presso _____ il _____;

- Di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione Medico – Chirurgica in data _____ presso _____;

- Di essere in possesso della specializzazione nella disciplina di _____ conseguita il _____ presso _____ - durata legale del corso anni _____;

- Di essere in possesso dell'ulteriore titolo di studio: _____ conseguito presso _____ nell'anno _____;

- Di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di _____;

- 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 _____ svolto nel/i giorno/i _____ presso _____ - Crediti E.C.M. N. _____;

➤ Denominazione del corso: _____ organizzato da _____ svolto nel/i giorno/i _____ presso _____ - Crediti E.C.M. N. _____;

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.

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

(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso di pubblica per l'attribuzione di incarico di Direttore Medico dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Giulianova - disciplina di "Anestesia e Rianimazione" - ai sensi e per gli effetti dell'art. 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 giugno 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 _____ Ente Pubblico Ente privato Ente privato convenzionato SSN
- lavoro subordinato libero professionale collaborazione coordinata e continuata Specialistica ambulatoriale
- 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)

- Dichiaro le seguenti pubblicazioni:

Titolo del lavoro: _____

Autori: _____

Riferimento bibliografici: _____

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.**

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.

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a	cognome	nome
----------------------	---------	------

nato il		a		prov.	
---------	--	---	--	-------	--

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, e consapevole che ai sensi dell'art.46 del medesimo decreto l'ASL di Teramo può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

<p>di essere in possesso della Laurea in</p> <p>conseguito in</p> <p>data.....</p> <p>presso l'Università degli Studi di</p> <p><i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i></p> <p>Riconoscimento a cura del</p> <p>.....in data</p> <p>(duplicare il riquadro in caso di necessità)</p>
<p>di essere iscritto all'albo dell'ordine degli veterinari della Provincia di.....</p> <p>dal.....n° di iscrizione.....</p>
<p>di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</p> <p>1) Disciplina:</p> <p>conseguita in data.....presso l'Università di</p> <p>2) Disciplina:.....</p> <p>conseguita in data.....presso l'Università di.....</p> <p><i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i></p> <p>Riconoscimento a cura del, in data</p>

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:

profilo professionale
disciplina
dal al
dal al
dal al

con rapporto determinato
 a tempo pieno con
impegno ridotto, ore settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)
.....
di – via
..... n.

con interruzione dal servizio (*ad es. per aspettative, congedi, senza assegni*):
dal al (indicare
giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto
.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN

nella branca di
.....

dal al (indicare
giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore
.....

dal al
con impegno settimanale pari a ore
.....

dal al

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)
..... di
..... (prov. ...) – via
....., n.

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di avere prestato servizio con rapporto di lavoro

autonomo (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale)

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)

.....di

.....(prov. ...) – via

....., n.

profilo/mansione/progetto

.....

.....

dal al

(indicare giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore

motivo interruzione o cause risoluzione

.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver effettuato attività di frequenza volontaria

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)

.....di

.....(prov. ...) – via

....., n.

dal al

(indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

dal al

..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Soggiorni di studio/addestramento

(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)

presso

..... di

.....(prov. ...) – via

....., n.

dal al

(indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Ambiti di autonomia professionale (indicare gli incarichi dirigenziali assegnati - ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa...)

tipologia di
incarico.....
.....
dalal
.....
presso.....
.....
descrizione attività
svolta.....
.....
.....
.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale

dalal
presso.....
.....
contenuti del
corso.....
.....

dal.....al
presso.....
.....
contenuti del
corso.....
.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario – esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi)

presso.....
nell'ambito del Corso di
.....
insegnamentoa.a.
ore docenza(specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

1 -

2 -

3 -

(duplicare le righe se insufficienti)

di aver **collaborato alla redazione** dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

1 -

2 -

3 -

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato quale **UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari:

Ente Organizzatore	Titolo del corso	Periodo	Ore	Luogo di svolgimento	ECM
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato quale **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari:

Ente Organizzatore	Titolo del corso	Periodo	Ore	Luogo di svolgimento	ECM
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

(duplicare le righe se insufficienti)

Altre attività

.....
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e allega copia di documento di identità (carta d'identità) o di riconoscimento equipollente (passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, porto d'armi, tessere di riconoscimento, purché muniti di fotografia e di timbro o altra segnatura equipollente rilasciate da amministrazione dello Stato) in corso di validità.

_____, li _____
Il/La dichiarante

AZIENDA USL DI TERAMO
INFORMATIVA SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI
DECRETO LEGISLATIVO N. 196 DEL 30/06/2003

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196), si informano i candidati che il trattamento dei dati personali da essi forniti in sede di partecipazione alla selezione o comunque acquisiti a tal fine dall'Azienda è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività concorsuali ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento concorsuale, anche da parte della commissione esaminatrice, presso l'ufficio preposto dell'Azienda Sanitaria Locale di Teramo, in Teramo, Circ.ne Ragusa n. 1, 64100 Teramo, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per valutare i requisiti di partecipazione e il possesso di titoli e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione.

A conclusione delle procedure, la graduatoria di merito viene pubblicata sul sito dell'Azienda e per quanto riguarda le procedure concorsuale anche sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

Ai candidati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato Codice (d.lgs. n. 196/2003), in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste all'Azienda Sanitaria Locale di Teramo, all'attenzione del Dir. Generale, con sede in Teramo, Circ.ne Ragusa n. 1, 64100 Teramo - tel. 0861 4291- fax 0861 241213.

Il Responsabile del trattamento dei dati, nominato con provvedimento n. 930 adottato in data 12/11/2004, è il Dott. Maurizio Di Giosia, Dirigente responsabile dell'U.O.C. Gestione del Personale, tel.: 0861/420230, fax.0861/420233, e-mail: maurizio.digiosia@aslteramo.it

Il Direttore Generale
Prof. Giustino Varrassi