

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE AVVISO PUBBLICO PER L'ATTRIBUZIONE DELL'INCARICO DI DIRETTORE DELL'UOC "SERVIZIO VETERINARIO DI SANITÀ ANIMALE".**

( 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 Veterinario dell'U.O.C. "Servizio Veterinario di Sanità Animale" - disciplina di "Sanità Animale".

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 Veterinario dell'U.O.C. "Servizio Veterinario di Sanità Animale" - disciplina di "Sanità Animale".

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 Veterinario – 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 Veterinari della provincia di \_\_\_\_\_;

- Di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili:

Attestati di partecipazione a congressi, convegni, aggiornamenti, 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 Veterinario dell'U.O.C. "Servizio Veterinario di Sanità Animale" - disciplina di "Sanità Animale" - 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' 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)**

- 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><b>di essere in possesso della Laurea</b> 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><b>(duplicare il riquadro in caso di necessità)</b></p>
<p><b>di essere iscritto all'albo dell'ordine degli veterinari</b> della Provincia di.....</p> <p>dal.....n° di iscrizione.....</p>
<p><b>di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b></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.....  
.....  
dal .....al  
.....  
presso.....  
.....  
descrizione ..... attività  
svolta.....  
.....  
.....  
.....

**(duplicare il riquadro ad ogni variazione)**

**di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale**

dal .....al .....  
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  
.....  
insegnamento ..... a.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](mailto:maurizio.digiosia@aslteramo.it)

Il Direttore Generale  
Prof. Giustino Varrassi