

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

### **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO DI DIRIGENTI MEDICI DELLA DISCIPLINA DI CURE PALLIATIVE.**

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 Dirigenti medici della disciplina di *Cure palliative*.

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 Dirigenti medici della disciplina di *Cure palliative*

*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 del Regolamento Aziendale approvato con deliberazione n. 988 del 01/06/2023, 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 \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dell'ulteriore titolo di studio: \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili: **\*Duplicare i riquadri, qualora non sufficienti**
  - 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 Dirigenti medici della disciplina di *Cure palliative*.

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: \*Duplicare i riquadri, qualora non sufficienti
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;  
in qualità di \_\_\_\_\_ disciplina di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
tipo di ente  Pubblico  Privato  Convenzionato SSN  
tipologia contrattuale  Subordinato  Libero Professionale  CO.CO.CO.  Altro \_\_\_\_\_  
Impegno orario  Tempo pieno  Tempo Parziale (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 \_\_\_\_\_  
Impegno orario  Tempo pieno  Tempo Parziale (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: \*Duplicare i riquadri, qualora non sufficienti
  - 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.**