

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PUBBLICA SELEZIONE, PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO, CON RAPPORTO DI LAVORO ESCLUSIVO, DI N.1 DIRIGENTE MEDICO DI ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA PER LE ESIGENZE DELL'UOSD ALLERGOLOGIA TERRITORIALE, EX ART. 15-SEPTIES, COMMA 1, DEL D. LGS. N.502/92 E S.M.I... (DA REDIGERE SU CARTA SEMPLICE E DA COMPILARE IN MODO LEGGIBILE, PREFERIBILMENTE DATILOSCRITTA).**

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

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso a partecipare alla pubblica selezione, per titoli e colloquio, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro esclusivo, di n.1 Dirigente medico di Allergologia e immunologia clinica per le esigenze dell'UOSD Allergologia Territoriale, ex art. 15-septies, comma 1, del D. Lgs. n.502/92 e s.m.i.

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 \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, CAP. \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_;
- 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 non aver riportato condanne penali e/o procedimenti penali in corso (*la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata, ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa*) – in caso positivo dovranno essere dichiarate 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 licenziato a seguito di procedimento disciplinare ovvero di non avere procedimenti disciplinari in corso; (*la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata, ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa*) – in caso positivo dovrà essere dichiarata la tipologia di sanzione espulsiva comminata e/o di procedimento disciplinare in corso;
- di non essere stato escluso dall'elettorato attivo e/o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per avere conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile (*la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata, ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa*);
- di essere in possesso del Diploma di laurea \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del Diploma di Specializzazione \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ - durata legale del corso anni \_\_\_\_\_;
- 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 di specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e post-universitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze di lavoro in ambito di: gestione dei pazienti affetti da patologie immuno-allergiche attraverso tecniche di diagnostica di livello avanzato; immuno – allergologia dell'età infantile, in considerazione dell'estrazione pediatrica del Centro RAF (Reazioni Avverse a Farmaci) attraverso l'esecuzione di diagnostica dedicata; anafilassi da allergia a veleno di imenotteri attraverso diagnostica e terapia desensibilizzante iniettiva (VIT); prove spirometriche, con esecuzione ed interpretazione delle stesse: spirometria di base e con broncoreversibilità, spirometria con metacolina e FeNO – misurazione ossido nitrico esalato; esperienza nell'utilizzo di farmaci biologici indicati per le patologie immuno-allergiche come asma grave, dermatite atopica e orticaria cronica spontanea maturata presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- 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 eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa alla presente selezione: Dott. \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_, Comune \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_ (*i candidati hanno l'obbligo di comunicare gli eventuali cambi di indirizzo all'Azienda USL, la quale non assume responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato*);
- non godimento del trattamento di quiescenza;
- 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.

Allega la documentazione indicata nell'unito elenco descrittivo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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*)

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

## SCHEMA ESEMPLIFICATIVO

### 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 alla **pubblica selezione, per titoli e colloquio, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro esclusivo, di n. 1 Dirigente medico di Allergologia e immunologia clinica per le esigenze dell'UOSD Allergologia Territoriale, ex art. 15-septies, comma 1, del D. Lgs. n.502/92 e s.m.i.**, 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 non godimento del trattamento di quiescenza;
- di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del Diploma di Specializzazione \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ - durata legale del corso anni \_\_\_\_\_:
  - o conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 257/91
  - o conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 368/99
  - o non conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 257/91 o D.Lgs. n. 368/99
- di essere in possesso dell'ulteriore titolo di studio: \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del titolo specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e post-universitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze di lavoro in ambito di: gestione dei pazienti affetti da patologie immuno-allergiche attraverso tecniche di diagnostica di livello avanzato; immuno – allergologia dell'età infantile, in considerazione dell'estrazione pediatrica del Centro RAF (Reazioni Avverse a Farmaci) attraverso l'esecuzione di diagnostica dedicata; anafilassi da allergia a veleno di imenotteri attraverso diagnostica e terapia desensibilizzante iniettiva (VIT); prove spirometriche, con esecuzione ed interpretazione delle stesse: spirometria di base e con broncoreversibilità, spirometria con metacolina e FeNO – misurazione ossido nitrico esalato; esperienza nell'utilizzo di farmaci biologici indicati per le patologie immuno-allergiche come asma grave, dermatite atopica e orticaria cronica spontanea:  
  
\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- 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 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;

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.**

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

(artt.19 e 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 alla **pubblica selezione, per titoli e colloquio, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro esclusivo, di n.1 Dirigente medico di Allergologia e immunologia clinica per le esigenze dell'UOSD Allergologia Territoriale, ex art. 15-septies, comma 1, del D. Lgs. n.502/92 e s.m.i.**, 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 \_\_\_\_\_)

- 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 \_\_\_\_\_  
Impegno orario            Tempo pieno    Tempo Parziale (N. ore sett.li \_\_\_\_\_)

- le seguenti pubblicazioni: *\*Duplicare i riquadri, qualora non sufficienti*

- Titolo del lavoro \_\_\_\_\_  
Tipologia di pubblicazione/rivista/convegno \_\_\_\_\_  
 unico autore            più autori  
 nazionale                internazionale  
Riferimento bibliografici \_\_\_\_\_
- Titolo del lavoro \_\_\_\_\_  
Tipologia di pubblicazione/rivista/convegno \_\_\_\_\_  
 unico autore            più autori  
 nazionale                internazionale  
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) \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_  
(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.**