**ALLEGATO A)**

(fac simile domanda di partecipazione all’avviso)

AL DIRETTORE GENERALE

DELLA ASL DI PESCARA

[protocollo.aslpe@pec.it](mailto:protocollo.aslpe@pec.it)

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritt \_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_ |

CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare all’avviso interno per il conferimento dell’incarico di Dirigente Responsabile di struttura semplice denominata **“U.O.S. CURE DOMICILIARI E INTERMEDIE”** indetto con deliberazione nr. 672 del 06.05.2022.

Dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000**:**

* di aver preso visione dell’avviso di cui all’oggetto;
* di aver preso visione del regolamento aziendale vigente in materia di conferimento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali per l’area di interesse, pubblicato sul sito aziendale [www.ausl.pe.it/documenti](http://www.ausl.pe.it/documenti)aziendali;
* di accettare tutte le clausole previste dal bando;
* di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione all’avviso interno, ovverosia:
* di essere in possesso di un’anzianità di servizio di cinque anni nella disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso la U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di essere dipendente della ASL di Pescara nel profilo professionale di Dirigente Medico della disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Area \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso il Dipartimento/Area Distrettuale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Dichiara, altresì, di voler ricevere ogni comunicazione relativa all’avviso interno al seguente indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e solleva l’Amministrazione da ogni responsabilità in caso di mancato reperimento, riservandosi di comunicare tempestivamente ogni variazione di indirizzo.

Il/La sottoscritt\_\_dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato e quanto indicato nell’allegato curriculum corrisponde a verità e di essere a conoscenza che per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000.

**Allega:** **Curriculum** formativo e professionale, in carta semplice, datato e sottoscritto, **autocertificato ai sensi del DPR 445/2000,** **copia fronte retro di un documento di identità** in corso di validità, nonché **l’esito delle valutazioni** cui è stato sottoposto presso altre Aziende del SSN.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **ALLEGATO B)**  CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE  Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_. \_\_.\_\_\_\_ con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso interno (Allegato A) per il conferimento dell’incarico gestionale di Responsabile di Struttura Semplice denominato ““U.O.S. CURE DOMICILIARI E INTERMEDIE”” indetto da Codesta Azienda, giusta delibera n. 672 del 06.05.2022;  Ai sensi e per gli effetti degli artt. 19, 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace di cui all’articolo 76 del medesimo decreto:  D I C H I A R A  Quanto segue:  Informazioni personali   * Nazionalità; data di nascita; luogo di nascita e residenza etcc   Istruzione   * Ulteriori titoli di studio.   Esperienze di lavoro/servizi, qualifiche nonché specifiche attività svolte e le esperienze maturate in precedenti incarichi svolti anche in altre Aziende, nonché documentate esperienze di studio e ricerca effettuate presso istituti di rilievo nazionale o internazionale in relazione all’incarico di cui al presente bando;   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   Pubblicazioni (valutabili solo se allegate integralmente e strettamente pertinenti alla disciplina oggetto di avviso)   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   Corsi di aggiornamento, congressi, convegni, seminari, anche effettuati all’estero;   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   Soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore ad un anno, con esclusione dei tirocini obbligatori   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   Corsi di formazione manageriale:  dal ……………al………….. presso ………………;  dal ……………al………….. presso ………………;  Attività didattica svolta presso corsi di studio per il conseguimento di diploma di laurea o di specializzazione con indicazione delle ore annue di insegnamento   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’interessato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E’ indispensabile allegare una fotocopia del documento di riconoscimento |
|  |