**ALLEGATO A)**

(fac simile domanda di partecipazione all’avviso)

 **AL DIRETTORE GENERALE**

 **DELLA ASL DI PESCARA**

protocollo.aslpe@pec.it

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

CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

U.O. di **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare all’avviso interno per il conferimento dell’incarico dirigenziale di Altissima Professionalità quale articolazione interna Di struttura complessa, denominato “DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA VENOSA”, riservato a dirigenti medici in servizio presso la U.O.C. Chirurgia Vascolare ed Endovascolare che abbiano maturato almeno cinque anni di servizio, con valutazione positiva del Collegio Tecnico e con comprovata esperienza professionale nelle attività inerenti l’incarico, indetto da Codesta Azienda Sanitaria Locale con deliberazione numero \_\_\_ del \_\_.\_\_.\_\_\_\_.

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 almeno cinque anni, a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso la U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere dipendente della ASL di Pescara nel profilo professionale di Dirigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso il Dipartimento/Area Distrettuale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere in possesso di comprovata esperienza nelle attività inerenti l’incarico.

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 (Allegato B),** in carta semplice, datato e firmato, **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 PROFESSIONALEIl/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_. \_\_.\_\_\_\_ con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso interno (Allegato A) per il conferimento dell’incarico professionale di Altissima Professionalità quale articolazione interna di struttura complessa, denominato “DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA VENOSA”, indetto da Codesta Azienda Sanitaria Locale con deliberazione numero \_\_\_ del \_\_.\_\_.\_\_\_\_. 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 AQuanto 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 |
|  |