**ALLEGATO A)**

**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dipendente della ASL di Pescara nel profilo professionale di Dirigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso il Dipartimento/U.O. di **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**;**  **CHIEDE**  di essere ammesso a partecipare all’avviso interno per il conferimento dell’incarico professionale di Alta Specializzazione denominato “AS – CHIRURGIA TORACICA MINI-INVASIVA” PRESSO LA U.O.C. DI CHIRURGIA TORACICA DEL P.O. DI PESCARA, riservato a dirigenti medici della disciplina chirurgia di chirurgia toracica in servizio presso la ASL di Pescara, con almeno cinque anni di anzianità di servizio nonché comprovata esperienza in chirurgia mini-invasiva mediante approccio in video-toracoscopia e con valutazione positiva del Collegio Tecnico, indetto da codesta Azienda Sanitaria Locale con deliberazione numero nr. \_\_\_ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, della disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso il Dipartimento/U.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   * di essere in possesso di comprovata esperienza in chirurgia mini-invasiva mediante approccio in video-toracoscopia (indicare in maniera esaustiva la relativa esperienza).   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 sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso interno per il conferimento dell’incarico professionale di Alta Specializzazione denominato “AS – CHIRURGIA TORACICA MINI-INVASIVA” PRESSO LA U.O.C. DI CHIRURGIA TORACICA DEL P.O. DI PESCARA, indetto da Codesta Spett.le Azienda Unità Sanitaria Locale Pescara, giusta delibera n\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ai sensi e per gli effetti degli artt. 19, 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 28 dicembre 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)   1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   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 |
|  |
|  |