

**AL DIRETTORE GENERALE
DELLA AZIENDA USL DI PESCARA
Via Renato Paolini, 45
65124 PESCARA**

Il/la sottoscritt _ (cognome e nome) _____,

chiede di essere ammesso a partecipare all'avviso di mobilità volontaria interregionale, per titoli e colloquio, riservato a quattro dirigenti medici della disciplina di **Anestesia e Rianimazione** con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio presso Aziende ed Enti del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale di cui al Contratto Collettivo Nazionale Quadro del 11 giugno 2007, indetto da codesta Azienda Unità Sanitaria Locale con delibera direttoriale numero . ____ del _____, per il profilo professionale di **dirigente medico della disciplina di Anestesia e Rianimazione;**

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

1) di chiamarsi (cognome) _____ (nome) _____ codice fiscale _____, di essere nato a _____ (prov. di ____) il _____ e di risiedere in _____ via _____ (prov. di _____) c.a.p. _____;

2) di essere in possesso della cittadinanza _____;

3) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (1);

4) di aver riportato (ovvero di non aver riportato) le seguenti condanne penali: _____ (2) e di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari nell'ultimo biennio conclusisi con provvedimenti sanzionatori;

5) di essere in possesso del diploma di laurea in _____;

6) di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ conseguito presso _____ in data _____ con durata del corso di studi pari ad anni _____ (specificare se conseguito ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 così come modificato dal D.Lgs. n. 368/99 e la durata legale della scuola);

7) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione _____;

8) di essere iscritto all'Albo professionale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di _____ dal _____ al numero _____;

- 9) di prestare attualmente servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato in qualità di Dirigente Medico nella disciplina _____, presso l'unità operativa/servizio di _____ dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di _____ ovvero dell'Ente/Azienda _____ con sede legale alla Via _____ cap _____ città _____;
- 10) di aver superato in data _____ il periodo di prova presso l'Azienda/l'Ente _____;
- 11) di essere in possesso della piena idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni proprie della qualifica di appartenenza per la quale richiede la mobilità senza alcuna limitazione;
- 12) di non essere stato destituito, dispensato o licenziato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni.
- 13) di prestare consenso, in base al Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003, al trattamento dei dati personali.

Allega alla presente domanda un curriculum formativo-professionale compilato secondo le indicazioni contenute nell'allegato B) del bando della presente selezione, nonché la seguente ulteriore documentazione:

 _____;
 _____;
 _____;

Dichiara di voler ricevere ogni comunicazione relativa all'avviso al seguente indirizzo

c.a.p. _____ Città _____

PEC: _____

E-mail: _____

recapito telefonico _____.

Data _____

Firma

_____ (3)

(1) - In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi.

(2) - Le condanne penali vanno dichiarate anche quando sia stata concessa amnistia, indulto, condono e perdono giudiziale.

(3) - La firma in calce alla presente dichiarazione non dovrà essere autenticata.

Allegare fotocopia fronte retro di un valido documento di identità del sottoscrittore.

Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una Amministrazione dello Stato, in corso di validità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/la sottoscritt _____

nat _ a _____ il _____

con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso di mobilità volontaria interregionale, per titoli e colloquio, riservato a quattro dirigenti medici della disciplina di **Anestesia e Rianimazione** con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio presso le Aziende ed Enti del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale di cui al Contratto Collettivo Nazionale Quadro del 11 giugno 2007, per il profilo professionale di **dirigente medico della disciplina di Anestesia e Rianimazione**, indetto da codesta Azienda Unità Sanitaria Locale, con delibera direttoriale numero ____ del _____, dichiara, in sostituzione di certificazioni, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace:

(a titolo esemplificativo si elencano alcune fattispecie che possono essere oggetto di dichiarazione sostitutiva di certificazione)

- * di essere in possesso della professionalità specifica in _____ richiesta dal bando;
- * di essere in possesso del Diploma di Laurea _____, conseguito presso _____ nell'anno accademico _____;
- * di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione _____, conseguita in data _____ presso _____;
- * di essere in possesso del diploma di specializzazione in : _____

_____ conseguito presso _____ nell'anno _____

(specificare se conseguito ai sensi del Decreto Legislativo n. 257/91 così come modificato dal Decreto Legislativo n. 368/99 e la durata legale della scuola).

- * di essere iscritto all'ordine dei _____ della provincia di _____ dalla data del _____ con il numero di iscrizione _____;

- * di essere in possesso dei titoli di preferenza di _____

* di non essere stato dichiarato dall'organismo competente fisicamente "non idoneo" ovvero "idoneo con prescrizioni particolari" alle mansioni del profilo oggetto della mobilità per cui si richiede la partecipazione, ovvero, di non essere stato formalmente dichiarato limitato al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo stesso;

- * di aver superato il periodo di prova;

* di aver riportato (ovvero di non aver riportato) le seguenti condanne penali: _____ (2) e di non essere

stato sottoposto a procedimenti disciplinari nell'ultimo biennio conclusi con provvedimenti sanzionatori;

* di essere in possesso dell'ulteriore titolo di studio in : _____

conseguito presso _____ nell'anno _____

* di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili :

Attestati di partecipazione a congressi, convegni, corsi di aggiornamento, di
formazione professionale e di qualificazione tecnica ecc.

_____ .

Data _____

Firma _____

N.B.: La firma in calce alla presente dichiarazione non dovrà essere autenticata.

Alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica fronte
retro, di un documento di identità del sottoscritto .

Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una
Amministrazione dello Stato, in corso di validità. Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia
del documento di identità, il candidato verrà ammesso alla pubblica selezione, ma non si procederà
alla valutazione dei titoli e/o delle pubblicazioni.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il/la sottoscritt _____

nat _ a _____ il _____

con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso di mobilità volontaria interregionale, per titoli e colloquio, riservato a quattro dirigenti medici della disciplina di **Anestesia e Rianimazione** con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio presso le Aziende ed Enti del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale di cui al Contratto Collettivo Nazionale Quadro del 11 giugno 2007, per il profilo professionale di **dirigente medico della disciplina di Anestesia e Rianimazione**, indetto da codesta Azienda Unità Sanitaria Locale, con delibera direttoriale numero ____ del _____, ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 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:

(a titolo esemplificativo si elencano alcune fattispecie che possono essere oggetto di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

D I C H I A R A

* di prestare attualmente servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato in qualità di Dirigente Medico della disciplina di _____ presso l'unità operativa/servizio di _____ dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di _____ con sede legale alla Via _____ cap _____ città _____, a decorrere dal _____ e con prestazione oraria settimanale pari a _____, con le seguenti interruzioni del servizio:

- dal _____ al _____ per motivi di _____;
- dal _____ al _____ per motivi di _____;
- dal _____ al _____ per motivi di _____;

* di aver prestato i seguenti servizi (precisare presso quale Ente/Azienda, natura del rapporto se subordinato, convenzionato, coordinato e continuativo, libero professionale, decorrenza del rapporto di lavori e fine rapporto di lavoro, orario di lavoro settimanale, eventuali interruzioni del servizio) :

-dal _____ al _____ in qualità di _____ presso _____ nella disciplina di _____ con contratto di lavoro di tipo _____ e con prestazione oraria settimanale pari a _____ nonché con le seguenti interruzioni del servizio:

- dal _____ al _____ per motivi di _____;

- dal _____ al _____ per motivi di _____;

- dal _____ al _____ per motivi di _____;

-dal _____ al _____ in qualità di _____

presso _____ nella disciplina di
_____ con contratto di lavoro di tipo
_____ e con prestazione oraria settimanale pari a
_____ nonché con le seguenti interruzioni del servizio:

- dal _____ al _____ per motivi di _____;

- dal _____ al _____ per motivi di _____;

- dal _____ al _____ per motivi di _____;

-dal _____ al _____ in qualità di _____

presso _____ nella disciplina di
_____ con contratto di lavoro di tipo
_____ e con prestazione oraria settimanale pari a
_____ nonché con le seguenti interruzioni del servizio:

- dal _____ al _____ per motivi di _____;

- dal _____ al _____ per motivi di _____;

- dal _____ al _____ per motivi di _____;

* di aver svolto attività di insegnamento come segue:

-dal _____ al _____ in qualità di _____

presso _____

per un numero di ore pari a _____;

Data _____

Firma _____

N.B.: La firma in calce alla presente dichiarazione non dovrà essere autenticata.
Alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica fronte retro, di un documento di identità del sottoscritto .
Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una Amministrazione dello Stato, in corso di validità.
Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia del documento di identità, il candidato verrà ammesso alla pubblica selezione, ma non si procederà alla valutazione dei titoli e/o delle pubblicazioni.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il/la sottoscritt _____

nat _ a _____ il _____

con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso di mobilità volontaria interregionale, per titoli e colloquio, riservato a quattro dirigenti medici della disciplina di **Anestesia e Rianimazione** con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio presso le Aziende ed Enti del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale di cui al Contratto Collettivo Nazionale Quadro del 11 giugno 2007, per il profilo professionale di **dirigente medico della disciplina di Anestesia e Rianimazione**, indetto da codesta Azienda Unità Sanitaria Locale, con delibera direttoriale numero ____ del _____, ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 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:

DICHIARA

* che le allegate copie integrali delle seguenti pubblicazioni sono conformi all'originale in suo possesso:

TITOLI DEL LAVORO _____

AUTORI _____

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI _____

Per consentire la corretta valutazione delle pubblicazioni è necessario allegare alla domanda copia integrale delle stesse.

Data _____

Firma _____

N.B.: La firma in calce alla presente dichiarazione non dovrà essere autenticata.
Alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica fronte retro, di un documento di identità del sottoscritto, in corso di validità.
Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una Amministrazione dello Stato.
Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia del documento di identità, il candidato verrà ammesso alla pubblica selezione, ma non si procederà alla valutazione dei titoli e/o delle pubblicazioni.
Non saranno valutate le pubblicazioni, seppur allegate in copia integrale, non elencate nella presente dichiarazione-

FAC SIMILE

ALLEGATO E)

**CONSENSO DEI PARTECIPANTI A SELEZIONE A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI PROPRI
DATI PERSONALI E SENSIBILI**

ai sensi dell'art. 81 del D.Lgs.vo n. 196/2003.

ESPRESSIONE CONSENSO

Il/la sottoscritt _____

nat _ a _____ il _____

residente a _____ Via _____

- dopo essere stato informato dei propri diritti (artt. 7,8,9,10 del D.Lgs.vo 196/2003) nei confronti del trattamento dei dati personali sensibili;

- dopo aver preso visione dell'informativa, ex art. 13 D.Lgs.vo n. 196/2003 e, quindi, consapevole che:

- a) i dati personali sensibili saranno utilizzati (nel rispetto della vigente normativa e tenuto conto degli obiettivi di riservatezza) esclusivamente per finalità inerenti alle procedure relative alle prove selettive;
- b) il conferimento dei dati personali sensibili deve intendersi quale mera facoltà e non obbligo;
- c) in mancanza di conferimento dei dati sopra indicati le prestazioni di cui al punto a) non potranno essere espletate;
- d) qualora venisse autorizzato il trattamento dei dati sensibili, nei limiti e per le finalità di cui al punto a) che precede, questi potranno essere portati a conoscenza anche di soggetti pubblici e/o privati, (in aggiunta dei soggetti nominati dall'Azienda U.S.L. Responsabili o Incaricati al trattamento dei dati personali) che per conto dell'Azienda USL di Pescara svolgono attività di supporto istituzionale;
- e) i trattamenti saranno effettuati in modalità cartacea, informatizzata e mista;
- f) i profili inerenti all'applicazione delle misure di sicurezza sono esplicitati nel D.P.S. (Documento Programmatico per la Sicurezza) di cui può essere presa visione presso l'ufficio Privacy aziendale;
- g) nel D.P.S. potrà essere presa visione dei nominativi delle ditte che svolgono attività in outsourcing per conto dell'Azienda USL di Pescara.

C O N S E N T E

che tali dati saranno trattati per i dovuti adempimenti amministrativi, relativi alla procedura di selezione.

Data _____

Firma dell'interessato _____

E' indispensabile allegare una fotocopia del documento di riconoscimento.