**ALLEGATO A**

## AL DIRETTORE GENERALE

## A.S.L. DI PESCARA

Via R. Paolini, 47

65124 PESCARA

Il sottoscritt \_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso a partecipare all’avviso pubblico, per titoli, riservato al personale dirigenziale medico in servizio a tempo indeterminato presso l’ASL di Pescara ed appartenente alle discipline previste dai DD.MM. 30/01/1998 e 31/01/1998, per il trasferimento presso l’UOS Disabilità e Supporto Protesico afferente all’UOC Area Distrettuale Metropolitana. Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace di cui all’articolo 76 del medesimo decreto:

* di essere nato a \_\_\_\_ (prov. ) il\_\_\_\_\_\_ residente in Via \_\_\_\_ , città\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso del diploma di specializzazione in\_\_\_\_\_\_ conseguito presso\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_ nell’anno\_\_\_\_ (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)
* di essere assunto in ruolo a tempo indeterminato presso la ASL di Pescara nel profilo professionale di dirigente medico a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inquadrato nella disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso del giudizio di idoneità alle mansioni di dirigente medico con limitazioni ovvero prescrizioni (allegare obbligatoriamente il giudizio del Medico Competente della ASL di Pescara in corso di validità);
* Allega alla presente domanda la seguente documentazione prevista dal bando di avviso:

dichiarazioni sostitutive di cui agli allegati B) e C);

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

CAP Città recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia di un valido documento di identità del sottoscrittore.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Immagine che contiene modello, quadrato, Simmetria, arte

Descrizione generata automaticamente

**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è la ASL di Pescara, contattabile scrivendo a [protocollogenerale@asl.pe.it](mailto:protocollogenerale@asl.pe.it). Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](file:///C:\Users\simona.biondi\Desktop\dpo@asl.pe.it). Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito www.asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.

Firma anche per presa visione dell’informativa estesa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO B**

## 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 pubblico, per titoli, riservato al personale dirigenziale medico in servizio a tempo indeterminato presso l’ASL di Pescara ed appartenente alle discipline previste dai DD.MM. 30/01/1998 e 31/01/1998, per il trasferimento presso l’UOS Disabilità e Supporto Protesico afferente all’UOC Area Distrettuale Metropolitana. 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 di cui all’articolo 76 del medesimo decreto:

## (a titolo esemplificativo si elencano alcune fattispecie

## che possono essere oggetto di dichiarazione sostitutiva di certificazione)

* di essere in possesso del diploma di specializzazione in\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito presso\_\_\_\_ nell’anno\_\_\_\_

(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);

\* di essere in possesso del giudizio di idoneità alle mansioni di dirigente medico con limitazioni ovvero prescrizioni (allegare obbligatoriamente il giudizio del Medico Competente della ASL di Pescara in corso di validità);

Data\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Immagine che contiene modello, quadrato, Simmetria, arte

Descrizione generata automaticamente

**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è la ASL di Pescara, contattabile scrivendo a [protocollogenerale@asl.pe.it](mailto:protocollogenerale@asl.pe.it). Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](file:///C:\Users\simona.biondi\Desktop\dpo@asl.pe.it). Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito www.asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.

Firma anche per presa visione dell’informativa estesa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ALLEGATO C)

**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 pubblico, per titoli, riservato al personale dirigenziale medico in servizio a tempo indeterminato presso l’ASL di Pescara ed appartenente alle discipline previste dai DD.MM. 30/01/1998 e 31/01/1998, per il trasferimento presso l’UOS Disabilità e Supporto Protesico afferente all’UOC Area Distrettuale Metropolitana, dichiara 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 di cui all’articolo 76 del medesimo decreto;

**\* di aver prestato i seguenti servizi (precisare la natura del rapporto se subordinato, convenzionato, coordinato e continuativo, libero professionale, eccetera):**

* **SERVIZIO 1** (elencare tutti i servizi lavorativi):

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🞎 Ente Pubblico 🞎 Ente privato 🞎 Ente privato convenzionato SSN**

**natura del rapporto di lavoro:** 🞎 subordinato 🞎 tempo indeterminato 🞎 tempo determinato

🞎 libero professionale 🞎 collaborazione coordinata e continuata

🞎 rapporto a convenzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare se trattasi di specialistica ambulatoriale, guardia medica, etc.);

**tempo:** 🞎 pieno, 🞎 definito, 🞎 unico, 🞎 ridotto - n. ore sett.li \_\_\_\_\_\_;

* di avere fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni: dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tipologia);
* di essere attualmente in servizio presso UOC di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Immagine che contiene modello, quadrato, Simmetria, arte

Descrizione generata automaticamente

**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è la ASL di Pescara, contattabile scrivendo a [protocollogenerale@asl.pe.it](mailto:protocollogenerale@asl.pe.it). Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](file:///C:\Users\simona.biondi\Desktop\dpo@asl.pe.it). Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito www.asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.

Firma anche per presa visione dell’informativa estesa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_