**ALLEGATO A)**

(fac simile domanda di partecipazione all’avviso pubblico)

## AL DIRETTORE GENERALE DELLA U.S.L. DI PESCARA

**Via R.Paolini, 45**

**65124 PESCARA**

Il sottoscritt \_ (cognome e nome) , chiede di essere ammesso a partecipare all’avviso pubblico, per titoli e colloquio, per l’assunzione a tempo determinato di numero due dirigenti medici della disciplina di chirurgia vascolare per le esigenze della UOC di Chirurgia Vascolare del P.O. di Pescara. 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. di )il

 (prov.di ) c.a.p. ;

e di risiedere in

 di avere un’età non superiore ai limiti previsti dalla vigente legislazione per il mantenimento in servizio;

 di essere in possesso della cittadinanza (1);

 di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di (2);

di aver riportato le seguenti condanne penali (ovvero di non aver riportato condanne penali) e di aver procedimenti penali in corso (ovvero di non avere procedimenti penali in corso:

 (3);

di essere in possesso del diploma di laurea in ;

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 dell’abilitazione all’esercizio della professione medico - chirurgica;

di essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici della provincia di dal

 al numero ;

di essere in possesso della piena idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni proprie del profilo professionale per il quale è indetto avviso pubblico senza alcuna limitazione;

di essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione:

 ;

di aver prestato servizio o di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni

 (4)

di non essere stato destituito, dispensato o licenziato dall’impiego presso Pubbliche Amministrazioni.

di aver adeguata conoscenza della lingua italiana (5);

di essere in possesso del seguente titolo di precedenza o preferenza

di prestare consenso, in base al D.Lgs.vo n. 196 del 30/06/2003, al trattamento dei dati personali. Allega alla presente domanda la seguente documentazione prevista dal bando di avviso:

* dichiarazioni sostitutive comprovanti l’eventuale diritto di precedenza o preferenza nella nomina;
* curriculum formativo e professionale;

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

 cap Città recapito telefonico .

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

Firma

1. - Italiana o di uno degli altri membri dell’Unione Europea, indicando quale.
2. - In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi.
3. - Le condanne penali vanno dichiarate anche quando sia stata concessa amnistia, indulto, condono e perdono giudiziale.
4. - Vanno dichiarati i servizi presso pubbliche amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego anche con rinvio ai contenuti dichiarati in Allegato C.
5. - Tale dichiarazione è richiesta solo ai candidati cittadini degli stati Membri dell’Unione Europea;

**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. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](file:///C%3A%5CUsers%5Csimona.biondi%5CDesktop%5Cdpo%40asl.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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAC SIMILE **ALLEGATO B**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 Il/lasottoscritt

nat \_ a il con

riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso pubblico, per titoli e colloquio, per l’assunzione a tempo determinato di due dirigenti medici della disciplina di chirurgia vascolare per le esigenze della UOC di Chirurgia Vascolare del P.O. di Pescara. 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 dei titoli di precedenza o preferenza di
* di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nell’anno ;
* di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione medico-chirurgica, conseguita in data presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* 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 iscritto all’ordine dei medici della Provincia\_\_\_\_\_\_con il n.ro di iscrizione n. \_\_\_\_in data ;
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](file:///C%3A%5CUsers%5Csimona.biondi%5CDesktop%5Cdpo%40asl.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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## FAC SIMILE ALLEGATO C)

**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 pubblico, per titoli e colloquio, per l’assunzione a tempo determinato di due dirigenti medici della disciplina di chirurgia vascolare per le esigenze della UOC di Chirurgia Vascolare del P.O. di Pescara, 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;

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

SERVIZIO I

* dal al ;
* in qualità di ;
* disciplina di ;
* presso Ente Pubblico Ente privato Ente privato convenzionato SSN;
* natura del rapporto di lavoro: subordinato, libero professionale, collaborazione coordinata e continuata;
* tempo: pieno, definito, unico, ridotto

di avere fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni: dal …………… al per

…………………. (tipologia);

di aver svolto attività di insegnamento: 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 sottoscrittore.

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

**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. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](file:///C%3A%5CUsers%5Csimona.biondi%5CDesktop%5Cdpo%40asl.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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## FAC SIMILE ALLEGATO D)

**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 pubblico, per titoli e colloquio, per l’assunzione a tempo determinato di due dirigenti medici della disciplina di chirurgia vascolare per le esigenze della UOC di Chirurgia Vascolare del P.O. di Pescara. 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;

## D I C H I A R A

\* che le allegate copie delle seguenti pubblicazioni sono conformi all’originale:

TITOLI DEL LAVORO AUTORI RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

TITOLI DEL LAVORO AUTORI RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

TITOLI DEL LAVORO AUTORI RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Si ribadisce che, per consentire la corretta valutazione delle pubblicazioni ai sensi dell’art. 11 D.P.R. n. 483/97, è necessario allegare alla domanda copia 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. 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

**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. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](file:///C%3A%5CUsers%5Csimona.biondi%5CDesktop%5Cdpo%40asl.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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_