ALLEGATO A)

AL DIRETTORE GENERALE

DELLA AZIENDA USL PESCARA

Via R.Paolini, 45 - 65124 PESCARA

Il/La sottoscritt \_ (cognome e nome):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso a partecipare all’avviso pubblico per l’attribuzione dell’incarico quinquennale di Direttore Medico della disciplina di medicina interna – area medica e delle specialità mediche - per le esigenze della Unità Operativa Complessa di Medicina Generale del P.O. di Penne, indetto da Codesta Spett.le Azienda Unità Sanitaria Locale Pescara, giusta delibera n 232 del 27/02/2020; a tal uopo 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:

1. di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov. di \_\_\_\_)il\_\_\_\_\_\_e di risiedere in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.di\_\_\_\_\_\_\_)c.a.p.\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,n. \_\_\_\_\_\_;
2. di essere in possesso della cittadinanza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1);
3. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2);
4. di aver riportato le seguenti condanne penali (ovvero di non aver riportato condanne penali):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3);

1. di essere in possesso del diploma di laurea in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. 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);

1. di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione di Medico Chirurgo;
2. iscritto nell'Albo dell’Ordine dei Medici-Chirurghi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_;
3. di essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. di aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche Amministrazioni:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(4);

11)di possedere un’anzianità di servizio di sette anni di cui cinque nella disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

12)di non essere stato destituito, dispensato o licenziato dall’impiego presso Pubbliche Amministrazioni;

13) di aver preso atto della informativa sulla tutela dei dati personali contenuta nel bando e 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:

- curriculum formativo e professionale;

- elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati agli effetti della valutazione di merito;

- elenco delle pubblicazioni presentate;

- attestazione della Azienda presso la quale l’attività è stata svolta relativa sia alla tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività sia alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime;

- casistiche relative alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato, riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione dell’avviso, per estratto, sul G.U.R.I. e certificate dal Direttore Sanitario, sulla base delle attestazioni del Direttore del Competente Dipartimento o della Unità Operativa di appartenenza.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c.a..p. \_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia fotostatica, fronte retro, 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.

(5) - Tale dichiarazione è richiesta solo ai candidati cittadini degli stati Membri dell’Unione Europea.

ALLEGATO B)

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso pubblico per l’attribuzione dell’incarico quinquennale di Direttore Medico della disciplina di medicina interna – area medica e delle specialità mediche - per le esigenze della Unità Operativa Complessa di Medicina Generale del P.O. di Penne, indetto da Codesta Spett.le Azienda Unità Sanitaria Locale Pescara, giusta delibera n. 232 del 27/02/2020 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 oltre a quelli previsti per l’ammissione al presente avviso.

Lingue straniere

* Lingua straniera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

La tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e la tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime ( **valutabili solo se documentate attraverso attestazione rilasciata dall’Azienda presso la quale l’attività è stata svolta**).

Le **casistiche relative alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni** effettuate dal candidato, riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione dell’avviso (**valutabili solo se certificate dal Direttore Sanitario, sulla base delle attestazioni del Direttore del Competente Dipartimento o della Unità Operativa di appartenenza**);

Esperienze di lavoro/servizi, qualifiche, attività professionale ed incarichi dirigenziali con particolare riferimento alla posizione funzionale del candidato nelle strutture ed alle sue competenze con indicazione di specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione riferiti agli incarichi dirigenziali assegnati nonché alla tipologia di incarico e durata (ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa);

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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 |  |