

ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO UNIFICATO PER N. 5 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**Al Direttore Generale dell'ASUR Marche
c/o Direzione dell'Area Vasta n. 1
via Ceccarini n. 38
61032 Fano (PU)**

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico unificato degli Enti del SSR, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. **5 posti di Dirigente Medico di Ortopedia e Traumatologia**.

A tale fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 76 comma 1 –DPR 445/2000) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ (Prov. __)
il _____;

2. di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata _____, a cui verranno inviate tutte le comunicazioni relative alla presente procedura;

3. di essere residente a _____ (Prov. _____) CAP _____
in Via _____ n. _____
recapiti telefonici: _____;

4. di possedere (barrare con una X la casella corrispondente all'ipotesi che ricorre ed inserire i dati richiesti):

la cittadinanza italiana;

la cittadinanza _____ (per i candidati appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea);

la cittadinanza _____ (per i soli cittadini dei Paesi terzi) e titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

la cittadinanza _____ (per i soli cittadini di Paesi terzi) e di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente in quanto familiare di cittadino comunitario;

lo status di rifugiato _____ (specificare provvedimento) / lo status di protezione sussidiaria _____ (specificare provvedimento).

5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ ;

ovvero

di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare i motivi) _____ ;

ovvero

di essere cancellato/a dalle liste elettorali (indicare i motivi) _____ ;

6. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione _____ ;

7. di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti a carico;

ovvero

di aver riportato le seguenti condanne penali _____ ;

ovvero

di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali pendenti a carico _____ ;

8. di non essere stato interdetto dai pubblici uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

9. di possedere l'idoneità alla mansione specifica del profilo professionale a concorso;

10. di essere in possesso dei seguenti titoli (*barrare con una X la casella corrispondente alle ipotesi che ricorrono ed inserire i dati richiesti*):

Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il _____ presso _____ con la seguente votazione _____ ;

Abilitazione all'esercizio della professione di _____ conseguita presso _____ anno/sessione _____ ;

Diploma di Specializzazione in _____
Conseguita presso _____
anno accademico (data) _____ con la seguente votazione _____ ;
ai sensi del D.Lgs. 257/91 o D.Lgs. 368/99 (*barrare l'ipotesi che ricorre*) - durata legale
anni _____ - ;

ovvero

di essere iscritto al _____ anno del corso di specializzazione in _____ presso _____ (durata legale anni _____ - data presunta di conseguimento della specializzazione _____) e, conseguentemente, si impegna a comunicare, mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione, il conseguimento della specializzazione richiesta dal bando, specificando la data e il luogo, al seguente indirizzo di P.E.C.: **asur@emarche.it**

(altre specializzazioni)

_____;

di essere iscritto/a all'Albo/Ordine _____ della Provincia/Regione _____ al n. _____ dal _____;

11. di richiedere ai sensi della L. 104/1992, in quanto portatore di handicap, il seguente ausilio necessario per l'espletamento delle prove _____ e/o la necessità di tempi aggiuntivi;

12. (barrare con una X la casella corrispondente all'ipotesi che ricorre e inserire i dati richiesti)

di non aver mai prestato servizi presso Pubbliche Amministrazioni;

di aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche Amministrazioni:

ENTE (denominazione e sede)	DATA DI ASSUNZIONE (gg/mm/aa)	DATA DI CESSAZIONE (gg/mm/aa, causa di risoluzione)	TIPO DI RAPPORTO: Dipendente a tempo determinato/indeter- minato;	QUALIFICA E DISCIPLINA	IMPEGNO ORARIO SETTIMANAL E (indicare n. ore settimanali)

13. di non essere mai stato dispensato/a o destituito/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni ovvero di non essere stato/a licenziato/a;

ovvero

di essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni
ovvero di essere stato/a licenziato/a (indicare i motivi)

14. di avere diritto, in caso di parità di punteggio, a precedenza o preferenza in quanto:
_____;

15. di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in relazione alle procedure selettive ai sensi del nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 679/2016) e del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 e s.m.i.

16. Il/La candidato/a indica, attraverso la compilazione della tabella sottostante, l'ordine delle preferenze riguardo agli ambiti di reclutamento indicati nella premessa del bando:

Ambiti di reclutamento
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, allega alla presente domanda:

- curriculum formativo/professionale;
- elenco dei documenti e titoli presentati;
- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- _____
- _____

Il/La sottoscritto/a dichiara che i documenti allegati alla presente istanza, dettagliatamente descritti nell'allegato elenco, sono conformi agli originali in proprio possesso ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Il/La candidato/a dichiara di avere preso visione dei contenuti del bando e di tutte le clausole in esso contenute.

Data _____

FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso o FIRMA DIGITALE certificata

ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'

**ALLEGATO B - DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO UNIFICATO PER N. 5 POSTI
DI DIRIGENTE MEDICO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

CURRICULUM VITAE
DEL DR.



ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.]

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
 - Qualifica conseguita
 - Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso pertinente frequentato con successo.]

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

MADRELINGUA

[Indicare la madrelingua]

ALTRE LINGUA

[Indicare la lingua]

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

CAPACITÀ E COMPETENZE

RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

CAPACITÀ E COMPETENZE

ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

<p>CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE</p> <p><i>Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.</i></p>	<p>[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]</p>
<p>CAPACITÀ E COMPETENZE ARTISTICHE</p> <p><i>Musica, scrittura, disegno ecc.</i></p>	<p>[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]</p>
<p>ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE</p> <p><i>Competenze non precedentemente indicate.</i></p>	<p>[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]</p>
<p>PATENTE O PATENTI</p>	
<p>ULTERIORI INFORMAZIONI</p>	<p>[Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc.]</p>

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto riportato nel presente documento corrisponde a stati o fatti risultanti da documenti in proprio possesso ovvero presso le pubbliche amministrazioni ivi indicate.

Data _____

Firma autografa leggibile o firma digitale certificata

ALLEGATO C - DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO UNIFICATO PER N. 5 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ (prov. _____) il _____ residente a
_____ (prov. _____) in via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000. Consapevole, altresì, di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

Dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi del Nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 2016/679) e del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

(luogo e data)

Il Dichiarante

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Firma del dipendente addetto _____