

ALLEGATO 1

FAC SIMILE DOMANDA PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona
Piazzale Aristide Stefani, 1
37126 Verona

Il/la sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a all'avviso per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico a tempo determinato in sostituzione del titolare, di Dirigente Medico - Direttore della Struttura Complessa di "Direzione Medica Ospedaliera per le Funzioni Igienico-Sanitarie e Prevenzione dei Rischi" - disciplina di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. indetto con avviso prot. n. 1447 dell'8/3/2023;

Ai sensi e per gli effetti previsti dal D.P.R. 28.12.2000, n. 445 "Testo Unico delle Disposizioni Legislative e Regolamentari in materia di documentazione amministrativa", **consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci**, nonché della sanzione della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera,

DICHIARA

- di essere nato/a a (prov.) il
di risiedere attualmente a (prov. ..)
CAP in Via n.
codice fiscale :;
Tel. Cell
indirizzo e-mail.....

- indirizzo presso il quale il sottoscritto chiede che venga fatta ogni comunicazione relativa alla presente procedura (se luogo diverso dalla residenza):

Dott.
Via n. C.A.P.
Comune (Prov.)

- di essere in possesso della **cittadinanza** _____

ovvero

di essere titolare di una delle posizioni ai sensi dell'art. 38 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. ed in particolare:

familiare di cittadino titolare di diritto di soggiorno o titolare di diritto di soggiorno permanente;
cittadino di Paese terzo (indicare quale _____) titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
cittadino di Paese terzo (indicare quale _____) titolare dello status di rifugiato;
cittadino di Paese terzo (indicare quale _____) titolare dello status di protezione sussidiaria;

- di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di (1);

- di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari

- di non aver riportato condanne penali;

ovvero di AVER riportato le seguenti condanne penali (2);

- di essere iscritto al n. dell'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di a decorrere dal, e di essere tutt'ora iscritto;

- di essere fisicamente idoneo all'incarico

- di essere in possesso della laurea in conseguita in data presso l'Università di Via tel.;

- di essere in possesso del diploma di specializzazione in conseguito ai sensi del D.Lgs. della durata legale di anni presso l'Università di in data

- di essere / non essere in possesso dell'attestato di Formazione Manageriale di cui all'art. 5, comma 1, lett. D) del D.P.R. 484/1997;

- di aver conseguito i seguenti ulteriori titoli di studio:

*) diploma di specializzazione in conseguito ai sensi del D.Lgs. della durata legale di anni presso l'Università di in data

*) Master di II° livello in della durata legale di anni presso l'Università di in data

*) Master di I° livello in della durata legale di anni presso l'Università di in data

- di essere in possesso della seguente anzianità di servizio a tempo indeterminato e/o determinato presso enti del S.S.N. ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. 484/1997 **(specificando come di seguito indicato gli incarichi affidati):**

specificare il tipo di ente o il servizio non verrà valutato (in particolare per gli IRCCS specificare se di natura pubblica o privata):

a) in qualità di Dirigente Medico :

a1) nella disciplina _____ ovvero nella seguente disciplina equipollente _____ maturata dal _____ al _____ presso l'U.O.C./Servizio etc. _____ dell'Azienda _____ con sede _____ in qualità di **Dirigente Medico;**

b) in qualità di Dirigente Medico con incarico di ALTA PROFESSIONALITA' / ALTA SPECIALIZZAZIONE PROFESSIONALE FUNZIONALE:

b1) nella disciplina _____ ovvero nella seguente disciplina equipollente _____ maturata dal _____ al _____ presso l'U.O.C./Servizio _____ dell'Azienda _____ con sede _____

_____ in qualità di **Dirigente Medico con incarico di Alta Professionalità/ Alta Specializzazione;**

b2) nella disciplina _____ ovvero nella seguente disciplina equipollente _____ maturata dal _____ al _____ presso l'U.O.C./Servizio _____ dell'Azienda _____ con sede _____ in qualità di **Dirigente Medico con incarico Professionale Funzionale;**

c) in qualità di **Direttore di STRUTTURA SEMPLICE :**

c1) nella disciplina _____ ovvero nella seguente disciplina equipollente _____ maturata dal _____ al _____ presso l'U.O.C./Servizio _____ dell'Azienda _____ con sede _____

in qualità di **Direttore di Struttura Semplice;**

d) in qualità di **Direttore di STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE e/o in qualità di FACENTE FUNZIONI del DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA:**

d1 nella disciplina _____ ovvero nella seguente disciplina equipollente _____ maturata dal _____ al _____ presso l'U.O.C./Servizio _____ dell'Azienda _____ con sede _____ in qualità di **Direttore di Struttura Semplice a valenza Dipartimentale;**

d2) nella disciplina _____ ovvero nella seguente disciplina equipollente _____ maturata dal _____ al _____ presso l'U.O.C./Servizio _____ dell'Azienda _____ con sede _____

in qualità di **Facente Funzioni del Direttore di Struttura Complessa;**

e) in qualità di **DIRETTORE di STRUTTURA COMPLESSA:**

e1) nella disciplina _____ ovvero nella seguente disciplina equipollente _____ maturata dal _____ al _____ presso l'U.O.C./Servizio _____ dell'Azienda _____ con sede _____ in qualità di **Direttore di Struttura Complessa;**

f) in qualità di **DIRETTORE di DIPARTIMENTO:**

f1) nella disciplina _____ ovvero nella seguente disciplina equipollente _____ maturata dal _____ al _____ presso l'U.O.C./Servizio _____ dell'Azienda _____ con sede _____ in qualità di **Direttore di Dipartimento;**

- di avere prestato servizio come dipendente presso **privati convenzionati** (*specificare il tipo di ente o il servizio non verrà valutato*):

Ente: indirizzo

profilo professionale date: dal al

- a tempo determinato a tempo indeterminato
 a tempo pieno a tempo parziale (specificare il periodo e la percentuale oraria)

rapporto cessato per

indicare eventuali periodi di aspettativa

(ripetere questo schema per ogni diverso datore di lavoro)

- di **non essere/essere** stato dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile (**dichiarazione obbligatoria**);

- di aver partecipato ai seguenti **soggiorni di studio/addestramento professionale di durata non inferiore ad un anno** per attività attinenti alla disciplina nelle seguenti rilevanti strutture italiane/estere con esclusione dei tirocini obbligatori:

Ente:

indirizzo

disciplina

posizione funzionale

Tipologia:

soggiorno di studio dal al (**PERIODO SUPERIORE AD UN ANNO**)

addestramento professionale dal al (**PERIODO SUPERIORE AD UN ANNO**)

- di aver svolto la seguente **attività didattica** presso corsi di studio per il conseguimento del diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario **CON L'INDICAZIONE DELLE ORE ANNUE DI INSEGNAMENTO**:

Ente/Università:

indirizzo

in veste di

materia di insegnamento

dal al

Diploma scuola formazione personale sanitario:

anno scolastico insegnamento di

Presso

indirizzo;

per n. ore

Diploma universitario; Diploma di specializzazione; Diploma di laurea;

anno accademico,

insegnamento di

presso la scuola di specializzazione

della Facoltà di

dell'Università Per n. ore

.....

Indirizzo

(ripetere questo schema per ogni diverso insegnamento)

di allegare l'elenco relativo alla **produzione scientifica** strettamente pertinente alla disciplina indicando di aver prodotto **NEGLI ULTIMI 5 ANNI**:

- n. _____ pubblicazioni su riviste nazionali con impact factor;
- n. _____ pubblicazioni su riviste internazionali con impact factor;
- n. _____ pubblicazioni ulteriori pubblicazioni;

**DICHIARA INOLTRE
ai fini della valutazione di merito**

di possedere i seguenti ulteriori titoli:

.....

di aver frequentato i seguenti corsi, convegni, congressi e seminari (numerandoli)

.....

DICHIARA INFINE

- che le copie dei seguenti documenti allegati alla domanda (indicando se diversi o meno da quelli sopra dichiarati) sono conformi all'originale in mio possesso:

.....

- che le copie delle seguenti **pubblicazioni (PUBBLICATE NEGLI ULTIMI 5 ANNI)** allegate alla domanda sono conformi all'originale in mio possesso (indicare il titolo della pubblicazione):

-
-

- di accettare tutte le indicazioni del bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura e degli adempimenti conseguenti;

A tal fine allega la fotocopia del seguente documento d'identità in corso di validità:
..... n. Rilasciato da

Data

.....

(firma del candidato)

1) *in caso positivo, specificare di quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.*

2) *in caso affermativo specificare quali. Condanne o procedimenti penali*

ALLEGATO 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

PER LA PRODUZIONE SCIENTIFICA SU SUPPORTO INFORMATICO
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto, in merito alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico quinquennale, rinnovabile, di Dirigente Medico - Direttore della Struttura Complessa di "Direzione Medica Ospedaliera per le Funzioni Igienico-Sanitarie e Prevenzione dei Rischi" - disciplina di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. indetto, con avviso bando n° _____.

D I C H I A R A

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, **che le seguenti PUBBLICAZIONI ALLEGATE SU SUPPORTO INFORMATICO sono conformi agli originali in suo possesso.**

- 1) N. _____ Pubblicazione
 - 2) N. _____ Comunicazione
 - 3) N. _____ Abstract
- Altro

.....
Titolo:

.....
Rivista di pubblicazione:

Data di pubblicazione 1° autore 2° autore altro

Ripetere questo schema per ogni pubblicazione

A tal fine allega la fotocopia del seguente documento d'identità in corso di validità:

.....

n. rilasciato da

Data

.....

(firma del candidato)