

Allegato 1

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA SELETTIVA PER

DIRETTORE SC* :

Tutte le dichiarazioni rilasciate e contenute nella presente domanda di ammissione nonché i documenti allegati sono soggetti alle disposizioni del testo unico, approvato con il DPR n. 445/2000. Le dichiarazioni mendaci verranno perseguite penalmente ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia come previsto dall'art. 76 del summenzionato testo unico.

Qualora da controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade da tutti i benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di tale dichiarazione.

Il/la sottoscritta/o:	nata/o il:	a:
residente a:	CAP:	provincia:
via:	n:	n. tel.:
E-Mail:	PEC:	codice fiscale:

fa domanda per l'incarico succitato ed

a tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

1) di essere cittadino/a italiano/a;
 di essere cittadino/a del seguente Stato membro dell'Unione Europea: _____

2) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di: _____
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali di un comune per i seguenti motivi:

3) di non avere **mai** riportato condanne penali e di non essere sottoposto a procedimenti penali;
 di **essere sottoposto** al seguente procedimento penale: _____
 di aver riportato le seguenti condanne penali (sono da indicare anche le condanne penali per reati che sono stati dichiarati estinti nonché quelle che hanno beneficiato della non menzione nel casellario giudiziale):

4) di prestare o di aver prestato servizio presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige;

*= Struttura Complessa

- 5) di **non** essere mai stato/a dichiarato/a destituito/a, dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego presso PA (Pubbliche Amministr.az.), o interdetto/a dai pubblici uffici o decaduto/a dall'impiego presso PA;
 di essere stato/a dichiarato/a destituito/a, dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego presso PA (Pubbliche Amministr.az.), o interdetto/a dai pubblici uffici o decaduto/a dall'impiego presso PA per il seguente motivo: _____

- 6) di appartenere ad una delle categorie di cui all'art. 1 della legge n. 68/1999 dalla data (ultimo aggiornamento): _____ percentuale: _____

- 7) di possedere **l'idoneità fisica** all'impiego;

- 8) di essere in possesso dei seguenti **titoli di studio** (diploma di laurea, diploma di specializzazione...):

Titolo:	rilasciato da:	conseguito il:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- 9) il **il titolo di studio** conseguito all'estero è stato riconosciuto in Italia dal seguente ente _____ in data _____

- 10) il **diploma di specializzazione** conseguito all'estero è stato riconosciuto in Italia dal seguente ente _____ in data _____

- 11) la richiesta di riconoscimento del titolo di studio/diploma di specializzazione conseguito all'estero **è stata inoltrata** al seguente ente _____ in data _____

- 12) **abilitazione** all'esercizio della professione medica;

- 13) di essere in possesso del attestato di **formazione manageriale**, rilasciato da: _____ in data: _____

- 14) di essere iscritto all'**albo prof.le** per: _____
 Provincia: _____ data: _____ n.: _____

- 15) di essere in possesso dell'attestato di **conoscenza delle lingue italiana e tedesca livello C1** (ex livello A) rilasciato in data _____ dall'ufficio Esami di Bi- e Trilinguismo della Provincia Autonoma di Bolzano;

16) ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del DPR n. 752/1976, intende sostenere le previste prove d'esame in lingua:

italiana tedesca

NB: La prova deve essere sostenuta nella lingua alla quale ci si è dichiarato o aggregato, pena l'esclusione dalla procedura di selezione (v. Punto 4 e 7 dell'avviso).

17) tutte le comunicazioni relative alla domanda o ad un'eventuale assunzione dovranno essere fatte esclusivamente al seg. indirizzo o indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

via _____ n. _____, CAP: _____ località: _____

Il/la sottoscritto/a si impegna di comunicare immediatamente eventuali cambiamenti di recapito. Non si assumono responsabilità derivanti dalla mancata comunicazione.

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- che i documenti allegati corrispondono all'originale;
- di essere consapevole del fatto, alla luce del Dlgs 65/2023, di dover sostenere almeno una delle prove scritte, *in quanto previste*, e comunque le prove orali nella medesima lingua di appartenenza o aggregazione, fermo restando che in caso di appartenenza al gruppo linguistico ladino potrà liberamente svolgere la prova in lingua italiana o tedesca;
- di essere consapevole del fatto che così come precisato nell'informativa relativa alle procedure di selezione bandite dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, la verifica dei requisiti relativi alla dichiarazione del gruppo linguistico di appartenenza/aggregazione avviene al termine delle prove e preliminarmente all'elaborazione della graduatoria finale e laddove abbia scelto di sostenere l'esame NON nella lingua a cui si è dichiarato/a di appartenere o a cui si è aggregato/a, verrà automaticamente escluso/a dalla procedura di selezione;
- di aver preso visione della specifica informativa sul trattamento dei dati personali relativamente alle procedure di selezione bandite dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.

Indicazioni incomplete non vengono considerate.

In ogni caso alla domanda *devono* essere allegati i segg. documenti:

- Curriculum formativo e professionale redatto su carta semplice, datato e firmato
- Fotocopia di una carta d'identità valida
- Certificazione relativa all'appartenenza o aggregazione ad uno dei tre gruppo linguistici ai sensi dell'art. 18 DPR n. 752/1976 e successive modificazioni; essa deve essere prodotta in originale in busta chiusa al più tardi in occasione del colloquio di selezione.

Data:

Firma:

Allegato 1a

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il DPR n. 445/2000

Il/la sottoscritto/a dichiara di prestare/di aver prestato servizio presso i seguenti enti pubblici:

Ente/ Amministrazione	periodo (dal – al) indicare la data precisa	figura professionale Inquadramento con indicazione della disciplina	tipo e dimensione del rapporto di lavoro (tempo determinato/indeterminato/incarico libero professionale/tempo pieno/part-time con indicazione delle ore settimanali)
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		

Periodi di aspettativa o interruzioni di servizio sono da specificare:

Motivo dell'assenza:	dal:	al:

Data:	Firma:
--------------	---------------

Allegato 1b

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il DPR n. 445/2000

Il/la sottoscritto/a dichiara di prestare/di aver prestato servizio presso i seguenti datori di lavoro privati:

Datore di lavoro	periodo (dal – al) indicare la data precisa	figura professionale Inquadramento con indicazione della disciplina	tipo e dimensione del rapporto di lavoro (tempo determinato/indeterminato/incarico libero professionale/tempo pieno/part-time con indicazione delle ore settimanali)
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		

Periodi di aspettativa o interruzioni di servizio sono da specificare:

Motivo dell'assenza:	dal:	al:

Data:	Firma:
--------------	---------------

Allegato 2

Elenco dei documenti allegati

1)	Domanda, come da modulo (datata e firmata)
2)	Curriculum Vitae, come da modulo (datato e firmato)
3)	Fotocopia di una carta d'identità valida
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	
12)	
13)	
14)	
15)	
16)	
17)	
18)	

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR n. 445/2000 previste in caso di dichiarazioni mendaci dichiaro sotto la mia responsabilità che le fotocopie presentate unitamente all'istanza ed indicate nell'elenco di cui sopra sono conformi all'originale in mio possesso.

Data: <input type="text"/>	Firma: <input type="text"/>
--------------------------------------	---------------------------------------