

FAC-SIMILE (barrare le caselle e, ove necessario, ripetere i campi)

Al Direttore Generale
ATS di Pavia
V.le Indipendenza, 3
27100 PAVIA

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

C H I E D E

di essere ammesso/a all'Avviso Pubblico per il conferimento dell'incarico quinquennale di Dirigente Medico Veterinario Direttore della Struttura Complessa Sanità Animale (Disciplina: Sanità Animale – Area A), afferente al Dipartimento Veterinario e Sicurezza degli Alimenti di Origine Animale dell'ATS di Pavia – cod. selezione 3/AP/SC/2024.

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 smi e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del summenzionato DPR nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità: **(barrare tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate)**

1. di essere nato/a a _____ (____) il _____ ;
2. di essere residente a _____ (____) C.A.P. _____
in via _____ n. _____
tel. abitazione _____ cell. _____
e-mail _____ ;
3. di avere il seguente:
codice fiscale _____,
documento d'identità n. _____ rilasciato da _____ il _____ ;
4. di possedere:
 cittadinanza italiana
oppure
 cittadinanza della Repubblica di San Marino
oppure
 cittadinanza della Città del Vaticano
oppure
 cittadinanza del seguente Stato UE _____
oppure
 una delle ulteriori condizioni previste dall'art. 38, D.Lgs. 165/2001 e smi:

(i cittadini extracomunitari devono anche allegare il regolare permesso di soggiorno)
5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (____);
oppure
6. di non essere iscritto/a nelle liste elettorali o di essere cancellato/a dalle liste elettorali del Comune di _____ (____), per i seguenti motivi: _____ ;
oppure
7. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del seguente Stato estero _____ ;
oppure
8. di non essere iscritto/a nelle liste elettorali o di essere cancellato/a dalle liste elettorali del seguente Stato estero _____
per i seguenti motivi: _____ ;
9. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
oppure

24. di incorrere nelle seguenti cause di inconfiribilità/incompatibilità:

_____ ;
_____ ;

25. di aver prestato o di prestare servizio alle dipendenze della/e seguente/i Pubblica/che Amministrazione/i (in presenza di servizi prestati presso più di una PA indicarli tutti nel dettaglio ripetendo tale paragrafo):

▪ Denominazione e indirizzo Amministrazione: _____

▪ Qualifica ricoperta (indicare il profilo professionale la Disciplina di inquadramento): _____

▪ Tipologia del rapporto di lavoro dipendente con contratto di lavoro a:

tempo indeterminato oppure tempo determinato

e che per il suddetto rapporto di lavoro:

ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 DPR n. 761/1979 smi

non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 DPR n. 761/1979 smi

(Barrare solo in caso di rapporto di lavoro in qualità di dipendente di Ente Pubblico del SSN)

▪ Impegno orario settimanale ____ full-time orario ridotto rapporto esclusivo rapporto non esclusivo

▪ Data inizio rapporto _____ Data fine rapporto _____

▪ Causa termine rapporto _____

▪ Periodi interruzione rapporto (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari, etc.):

dal _____ al _____ ;

dal _____ al _____ ;

26. di aver prestato o di prestare servizio alle dipendenze di (in presenza di più servizi prestati indicarli tutti nel dettaglio ripetendo tale paragrafo):

▪ Denominazione e indirizzo del Datore di Lavoro: _____

▪ Qualifica ricoperta (indicare il profilo professionale e la Disciplina di inquadramento): _____

▪ Tipologia del rapporto di lavoro dipendente con contratto di lavoro a:

tempo indeterminato oppure tempo determinato

▪ Impegno orario settimanale ____ full-time part-time

▪ Data inizio rapporto _____ Data fine rapporto _____

▪ Causa termine rapporto _____

▪ Periodi interruzione rapporto (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari, etc.):

dal _____ al _____ ;

dal _____ al _____ ;

27. di non appartenere alla categoria dei soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza;

oppure

28. di appartenere alla categoria dei soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza a decorrere dal _____ ;

29. di eleggere il seguente domicilio presso il quale, ad ogni effetto, deve essere fatta ogni comunicazione, impegnandosi a comunicare le eventuali, anche successive, variazioni ed esonerando l'ATS di Pavia da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità: presso _____

via _____ n. _____

c.a.p. _____ città _____ prov. _____.

(In caso di invio tramite PEC questo equivale automaticamente ad elezione di domicilio informatico per le eventuali comunicazioni da parte di questa ATS nei confronti del Candidato).

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- di accettare senza riserve tutte le indicazioni e prescrizioni contenute nel Bando di indizione dell'Avviso Pubblico oggetto della presente domanda di partecipazione;
- aver preso visione e atto dell'informativa, pubblicato sul sito web dell'ATS di Pavia (www.ats-pavia.it – sezione privacy – l'ATS – Privacy – collegamenti – Informative privacy), in merito al trattamento dei dati personali forniti i quali sono trattati nel rispetto del REG. UE n. 2016/679 (RGPD) e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018 in materia di protezione dei dati personali, per gli adempimenti connessi alla procedura alla quale ha chiesto di partecipare.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di allegare, quale parte integrante e sostanziale alla presente domanda, la seguente documentazione (**barrare tutte le caselle corrispondenti ai documenti allegati**):

- dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 s.m.i con riferimento ai documenti comprovanti il possesso dei requisiti di ammissione e/o ai titoli;
- curriculum professionale redatto in conformità all'art. 8 del DPR n. 484/1997;
- casistica delle specifiche esperienze e attività professionali, di cui agli artt. 6 e 8 comma 3 lett. c) e 5, DPR n. 484/1997;
- n. ____ pubblicazioni scientifiche edite a stampa e allegate in originale o in copia dichiarata conforme all'originale e relativo elenco cronologico;
- n. 1 elenco cronologico di congressi, convegni, corsi, seminari cui ha partecipato;
- n. 1 elenco cronologico delle attività didattiche prestate;
- n. 1 elenco cronologico inerente i soggiorni di studio o di addestramento professionale effettuati;
- n. 1 elenco in carta semplice, redatto in triplice copia, dei documenti presentati;
- n. 1 fotocopia – fronte/retro – del proprio documento di identità, in corso di validità:
n. _____ rilasciato da _____ scadenza _____;
- eventuali ulteriori documenti:

_____.

data _____

FIRMA _____

Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi dell'art. 39 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella presente domanda di ammissione della quale la copia del documento d'identità costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

FAC-SIMILE

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'

(artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 smi)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) in via _____ n. _____,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR n. 445/2000 smi nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità, ai fini della partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico quinquennale di Dirigente Medico Veterinario – Direttore della Struttura Complessa Sanità Animale (Disciplina: Sanità Animale – Area A), afferente al Dipartimento Veterinario e Sicurezza degli Alimenti di Origine Animale dell'ATS di Pavia,

DICHIARA

- che le copie dei documenti sotto elencati, presentati unitamente alla domanda di partecipazione all'avviso di che trattasi sono conformi agli originali:

- altre dichiarazioni:

Data _____

Firma _____

Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi dell'art. 39 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 smi.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui questa scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

FAC-SIMILE (ove necessario ripetere paragrafi/campi)

DICHIARAZIONE RELATIVA AI SERVIZI PRESSO ENTI PRIVATI ACCREDITATI CON IL SSN

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) in via _____ n. _____,
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR n. 445/2000 s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità, ai fini della partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico quinquennale di dirigente Medico Veterinario – Direttore della Struttura Complessa Sanità Animale (Disciplina: Sanità Animale – Area A), afferente al Dipartimento Veterinario e Sicurezza degli Alimenti di Origine Animale dell'ATS di Pavia,

DICHIARA

di prestare servizio presso il seguente Ente _____
indirizzo _____

con contratto di lavoro subordinato, dal _____ (GG/MM/AA) a tutt'oggi, con il seguente profilo e disciplina di inquadramento _____

tempo indeterminato tempo determinato full-time part-time (n. ore/sett. ____)

Periodi interruzione rapporto (*aspettative senza assegni, etc.*):

_____ dal _____ al _____,

_____ dal _____ al _____,

oppure

con contratto libero professionale con contratto di co.co.co

dal _____ (GG/MM/AA) a tutt'oggi, con il seguente profilo e disciplina:

_____;

di aver prestato servizio presso il seguente Ente _____
indirizzo _____

con contratto di lavoro subordinato, dal _____ (GG/MM/AA) al _____ (GG/MM/AA),
con il seguente profilo e disciplina di inquadramento _____,

tempo indeterminato tempo determinato full-time orario ridotto (n. ore/sett. ____)

Periodi interruzione rapporto (*aspettative senza assegni, etc.*):

_____ dal _____ al _____,

_____ dal _____ al _____,

oppure

con contratto libero professionale con contratto di co.co.co

dal _____ (GG/MM/AA) al _____ (GG/MM/AA), con il seguente profilo e disciplina:

_____;

Causa di risoluzione del rapporto di lavoro: _____.

Data _____

Firma _____

Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi dell'art. 39 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui questa scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

FAC-SIMILE (ove necessario ripetere paragrafi/campi)

DICHIARAZIONE RELATIVA AI SERVIZI PRESSO ENTI PRIVATI NON ACCREDITATI CON IL SSN

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in via _____ n. _____,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità, ai fini della partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico quinquennale di Dirigente Medico Veterinario – Direttore della Struttura Complessa Sanità Animale (Disciplina: Sanità Animale – Area A), afferente al Dipartimento Veterinario e Sicurezza degli Alimenti di Origine Animale dell'ATS di Pavia,

DICHIARA

di prestare servizio presso il seguente Ente _____

indirizzo _____

con contratto di lavoro subordinato, dal _____ (GG/MM/AA) a tutt'oggi, con il seguente profilo e disciplina di inquadramento _____

tempo indeterminato tempo determinato full-time part-time (n. ore/sett. ____)

Periodi interruzione rapporto (*aspettative senza assegni, etc.*):

_____ dal _____ al _____,

_____ dal _____ al _____,

oppure

con contratto libero professionale con contratto di co.co.co

dal _____ (GG/MM/AA) a tutt'oggi, con il seguente profilo e disciplina:

_____;

di aver prestato servizio presso il seguente Ente _____

indirizzo _____

con contratto di lavoro subordinato, dal _____ (GG/MM/AA) al _____ (GG/MM/AA), con il seguente profilo e disciplina di inquadramento _____,

tempo indeterminato tempo determinato full-time orario ridotto (n. ore/sett. ____)

Periodi interruzione rapporto (*aspettative senza assegni, etc.*):

_____ dal _____ al _____,

_____ dal _____ al _____,

oppure

con contratto libero professionale con contratto di co.co.co

dal _____ (GG/MM/AA) al _____ (GG/MM/AA), con il seguente profilo e disciplina:

_____;

Causa di risoluzione del rapporto di lavoro: _____.

Data _____

Firma _____

Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi dell'art. 39 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui questa scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

FAC-SIMILE (proseguire con la numerazione, se necessario, e compilare tutti i campi)

ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI ALLEGATE ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (_____) il _____
residente a _____ (_____) in via _____ n. _____,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 smi nel caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli articoli 19 e 47 del medesimo DPR,

D I C H I A R A,

che le copie delle pubblicazioni allegate, di seguito elencate e numerate, sono conformi agli originali di cui è in possesso **(elencare tutte le pubblicazioni allegate e riportare la relativa numerazione anche sull'originale/fotocopia allegati)**:

1. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Titolo: _____
Autori: _____
Editore/Rivista: _____
Data di pubblicazione: _____
2. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Titolo: _____
Autori: _____
Editore/Rivista: _____
Data di pubblicazione: _____
3. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Titolo: _____
Autori: _____
Editore/Rivista: _____
Data di pubblicazione: _____
4. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Titolo: _____
Autori: _____
Editore/Rivista: _____
Data di pubblicazione: _____
5. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Titolo: _____
Autori: _____
Editore/Rivista: _____
Data di pubblicazione: _____
6. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Titolo: _____
Autori: _____
Editore/Rivista: _____
Data di pubblicazione: _____

Data _____

Firma _____

Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi dell'art. 39 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 smi.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui questa scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.