

ALLEGATO A

Modello domanda di ammissione procedura reclutamento.

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata
Via Annibaldi n. 31/L
62100 - Piediripa (MC)

Il/La sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare **all'Avviso pubblico, per titoli e colloquio**, per la formazione di graduatoria finalizzata all'assunzione a tempo determinato di Dirigenti Medici di **Ginecologia e Ostetricia**.

A tale fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR n. 445/00 e s.m.i., consapevole della personale responsabilità penale e delle pene per il caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atto falso, previste dall'art. 76 del citato DPR

DICHIARA

- A. di essere nato a _____ (Prov. ___) il _____;
- B. di essere residente a _____ (Prov. ___) CAP _____ in Via _____ n. _____ recapiti telefonici: _____; indirizzo e-mail: _____
- C. di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata _____
- D. di essere in possesso (*barrare con una X i quadrati sotto riportati corrispondenti all'ipotesi che ricorre*):
- della cittadinanza italiana;
- della cittadinanza _____ (*per i candidati appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea*)
- della cittadinanza _____ (*per i soli cittadini dei paesi terzi*) e titolare del permesso di soggiorno _____ (*specificare tipo e durata*) / dello status di rifugiato _____ (*specificare provvedimento*) / dello status di protezione sussidiaria _____ (*specificare provvedimento*);
- E. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero (*indicare i motivi della eventuale non iscrizione o cancellazione*) _____;

F. di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali a carico, in corso;

G. di aver riportato le seguenti condanne penali _____
ovvero
di avere i seguenti procedimenti penali a carico in corso _____;

H. di avere prestato Servizio di Leva dal _____ al _____
presso _____ di _____
(indicare città)

I. di essere in possesso dei seguenti titoli: (barrare con una X i quadrati sotto riportati corrispondenti alle dichiarazioni rese):

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.:

asf.macerata@emarche.it;

(altre specializzazioni) _____

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

K. di aver prestato presso Pubbliche Amministrazioni i servizi specificati all'allegato C;

di non aver mai prestato servizi presso Pubbliche Amministrazioni;
(barrare con una X i quadrati corrispondenti alle dichiarazioni rese)

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

M. di avere diritto, in caso di parità di punteggio, a precedenza o preferenza in quanto:

N. 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.;

O. di essere consapevole che l'accertamento di dichiarazioni mendaci comporta la decadenza dagli eventuali benefici conseguiti in relazione alla presente istanza;

P. che l'indirizzo di posta elettronica certificata a cui devono essere inviate tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura è il seguente: _____

Il sottoscritto, 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 prende atto che la graduatoria di merito formulata dalla Commissione ha valenza per tutte le strutture dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata. La rinuncia all'assunzione presso la struttura individuata dall'Amministrazione equivarrà a rinuncia irrevocabile all'assunzione presso l'AST.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento di tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in occasione dell'espletamento delle procedure selettive ai sensi del nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 679/2016) e del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 per la parte non abrogata.

L'istanza vale come autocertificazione in via definitiva per quanto attiene alle dichiarazioni contenute, in luogo delle relative certificazioni ai sensi e per gli effetti delle nuove disposizioni di cui all'art. 15 della Legge n. 183 del 12.11.2011, fatto salvo il potere di controllo e verifica sulla veridicità delle dichiarazioni stesse da parte dell'Amministrazione procedente.

Data _____

Firma

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.]

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

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

CAPACITÀ E COMPETENZE
ARTISTICHE

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

*Musica, scrittura, disegno
ecc.*

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE
*Competenze non
precedentemente indicate.*

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

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

[Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc.]

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

Ente (indicare anche la sede)	Periodo		Qualifica/Profilo Professionale	Tipo di rapporto		
	dal	al		Tempo indeterminato	Tempo determinato	Altri tipi di rapporto

Allega copia di valido documento di riconoscimento

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

....., li

.....

Il Dichiarante ²

Attesto che la suesposta dichiarazione è stata resa in mia presenza. ³

.....

Il dipendente addetto

N.B. – Ai sensi dell'art. 15 della Legge n. 183/2011, le certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della Pubblica Amministrazione ed i gestori di pubblici servizi tali certificazioni sono SEMPRE SOSTITUITI dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione e dall'atto di notorietà (art. 46 e art. 47 DPR 445/2000), per cui la P.A. NON può richiederle né accettarle.

² Firma per esteso e leggibile.

³ La firma, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, non deve essere autenticata se resa in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione ovvero se l'istanza è corredata della fotocopia del documento di identità del candidato in corso di validità (la fotocopia non deve essere autenticata).