

ASL BA

Avviso, per colloquio e titoli, per il conferimento di incarichi a tempo determinato di Dirigente Medico - disciplina "Neurologia".

IL DIRETTORE GENERALE

In esecuzione della propria Deliberazione n. 0509 del 17 MAR. 2017, indice il presente Avviso, per colloquio e titoli, per la formulazione di una graduatoria dalla quale attingere per il conferimento di incarichi a tempo determinato di Dirigente Medico – disciplina "Neurologia".

Le disposizioni per l'ammissione all'avviso e le modalità di espletamento del medesimo sono regolamentate dal D.P.R. 10/12/97 n. 483 e dalle disposizioni legislative ivi richiamate.

Il trattamento economico è quello previsto dal C.C.N.L. dell'Area Dirigenza Medica e Veterinaria.

In applicazione dell'art. 7, comma I, del D.Lgs. 165/01 e s.m.i., è garantita parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro.

REQUISITI DI AMMISSIONE

Possono partecipare all'avviso coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti alla data di scadenza del presente bando:

SPECIFICI

- a) Laurea in Medicina e Chirurgia;
- b) Specializzazione nella disciplina - "Neurologia" o disciplina equipollente, stabilita dal D.M. 30/01/1998 e successive modificazioni ed integrazioni;
- c) Iscrizione all'albo professionale dell'Ordine dei Medici;

L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione all'avviso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio;

GENERALI

- 1) Cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione europea;
- 2) Idoneità specifica alla mansione ai sensi del D. Lgs 81/08; l'accertamento è effettuato a cura dell'ASL, prima dell'immissione in servizio, fatta salva l'osservanza di disposizioni derogatorie;
- 3) Godimento dei diritti civili e politici;
- 4) Non avere riportato condanne penali e non avere procedimenti penali in corso che impediscono, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione di rapporto di impiego con la Pubblica Amministrazione;
- 5) Non essere stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero non essere stati dichiarati decaduti dall'impiego;
- 6) Posizione regolare nei riguardi degli obblighi militari.

La partecipazione all'Avviso non è soggetta a limiti di età, ex L.n. 127/97, fermi restando quelli previsti per il collocamento a riposo d'ufficio.

Tutti i requisiti prescritti ed i titoli, devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente bando per la presentazione della domanda di ammissione, ed il difetto anche di un solo requisito comporta l'esclusione.

Non possono accedere agli impieghi coloro che sono stati interdetti dai pubblici uffici, coloro che sono stati esclusi dall'elettorato attivo, coloro che sono stati destituiti o dispensati o licenziati dall'impiego presso una pubblica amministrazione, coloro che sono stati dichiarati decaduti da un impiego presso una pubblica amministrazione a seguito dell'accertamento che l'impiego stesso è stato conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabili o con dichiarazioni mendaci.

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande di partecipazione all'Avviso, redatte in carta semplice, indirizzate al DIRETTORE GENERALE - ASL BA - Lungomare Starita, 6 - 70132 BARI, devono essere inviate entro il 15° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

agruconcorsi.aslbari@pec.rupar.puglia.it.

La validità dell'istanza è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) esclusivamente personale, pena esclusione, non sarà pertanto ritenuta ammissibile la domanda inviata da un indirizzo di posta elettronica semplice/ordinaria.

L'invio deve avvenire in un'unica spedizione, (non superiore a 20MB) con i seguenti allegati solo in formato PDF (pena la non ammissione):

- domanda
- elenco dei documenti
- cartella con tutta la documentazione
- copia fotostatica del documento di riconoscimento

La domanda di partecipazione all'avviso dovrà arrecare la firma autografa ovvero digitale. La validità della trasmissione e ricezione del messaggio di posta elettronica certificata è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna. Le istanze e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se effettuate secondo quanto previsto dal D.L.gvo 235/10 (codice dell'Amministrazione digitale), anche se indirizzata alla PEC del protocollo Aziendale.

Escluso agiti altra forma di presentazione o di trasmissione della domanda pena la non ammissione.

Si rende noto che, le domande inviate prima della pubblicazione del presente bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e quelle inviate dopo la scadenza del suddetto termine, non saranno prese in considerazione;

Nella domanda di ammissione, datata e firmata, redatta secondo lo schema esemplificativo di cui ***all'Allegato "A"***, sotto forma di autocertificazione, l'aspirante deve dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00, e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/00, e s.m.i nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna, quanto segue:

- 1) cognome e nome, data e luogo di nascita, codice fiscale, residenza;
- 2) procedura a cui intende partecipare;
- 3) possesso della cittadinanza italiana, ovvero requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 D. Lgs. n. 165/01, e s.m.i.;
- 4) Comune d'iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle

liste medesime;

- 5) titoli di studio posseduti e requisiti specifici di ammissione (laurea - specializzazione - iscrizione Ordine);
- 6) abilitazione all'esercizio della professione;
- 7) di godere dei diritti civili e politici;
- 8) non avere riportato condanne penali e non avere procedimenti penali in corso che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione di rapporto di impiego con la Pubblica Amministrazione;
- 9) posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soggetti nati entro il 31/12/1985);
- 10) servizi prestati come dipendente presso PP. AA., nonché eventuali cause di risoluzione dei precedenti rapporti di pubblico impiego, ovvero di non aver mai prestato servizio presso pubbliche amministrazioni;
- 11) di non essere stato destituito o dispensato o licenziato dall'impiego presso una pubblica amministrazione e di non essere stato dichiarato decaduto dall'impiego presso una pubblica amministrazione per averlo conseguito mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabili, ovvero di essere cessato dal servizio presso una pubblica amministrazione per il seguente motivo _____
- 12) di accettare le condizioni fissate dal bando;
- 13) consenso, ai sensi del D.Lgs. n. 196/03. alla A.S.L.BA al trattamento dei dati personali forniti, finalizzato agli adempimenti connessi all'espletamento della procedura concorsuale;
- 14) domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione; completo di n. di codice di avviamento postale, di n. telefonico (anche cellulare) e indirizzo e-mail. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto la residenza di cui al punto 1). L'aspirante è obbligato a comunicare per iscritto eventuali variazioni di indirizzo;
- 15) data e firma in calce in originale. La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione, ai sensi dell'art.'39, comma 1, del DPR 28/12/2000 n. 445.

La domanda deve essere datata e sottoscritta dal candidato; **la mancata sottoscrizione determina l'esclusione Costituisce, altresì, motivo di esclusione la titolarità di rapporto di impiego a tempo indeterminato con questa A.S.L. nella medesima posizione funzionale e disciplina oggetto dell'avviso.**

Non è ammesso alcun riferimento a documentazione esibita per la partecipazione a precedenti avvisi pubblici o comunque esistente agli atti di questa Amministrazione.

Si rammenta che le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle norme speciali in materia.

L'Azienda non si assume responsabilità:

1. nel caso in cui i file inviati via PEC in maniera difforme da quanto richiesto nel bando ne impedisca la visione ed il conseguente esame della documentazione.
2. per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente, oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore che comportino ritardo nella presentazione della domanda rispetto ai termini previsti nel presente bando;

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Ai sensi dell'Art. 15, comma I della Legge 12/11/2011 n. 183, questa Azienda non potrà accettare certificazioni rilasciate dalle PP.AA. in ordine a stati, qualità personali e fatti del candidato, che quindi devono essere autocertificati dal cittadino ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Pertanto alla domanda di partecipazione (**Allegato A**) i concorrenti dovranno allegare:

- 1) dichiarazione sostitutiva di certificazione (**Allegato 8**) ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 445/2000, relativa ai titoli di studio conseguiti ed ad eventuali docenze svolte. Per gli incarichi di docenza conferiti da Enti Pubblici si dovrà specificare: **denominazione dell'Ente che ha conferito l'incarico, materia** oggetto della docenza e **ore** effettive di lezione **svolte**.
- 2) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (**Allegato C**) ai sensi dell'Art. 47 del D.P.R. 445/2000, relativa ai servizi prestati nel profilo e nella categoria presso Enti pubblici, Enti privati accreditati con il S.S.N.. Aziende private non accreditate con il S.S.N.. La dichiarazione deve contenere **l'esatta denominazione dell'Ente** presso cui il servizio è stato prestato (se trattasi di **Enti non compresi** nel SSN deve essere precisato se l'Ente è pubblico, privato, accreditato e se convenzionato con il SSN), **il profilo professionale, l'esatta decorrenza della durata del rapporto di lavoro** (indicando il giorno, il mese e l'anno di inizio e di cessazione, nonché le eventuali interruzioni per aspettativa senza assegni), **la natura giuridica del rapporto di lavoro** (se subordinato a tempo indeterminato, determinato, libero professionale, convenzione, co.co.co., co.co.pro. ecc.), **la durata oraria settimanale** (specificando se a tempo pieno o a tempo parziale e, in tale ultima ipotesi, indicando la percentuale di part-time).
- 3) **Eventuali lavori scientifici** (articoli, pubblicazioni, comunicazioni, abstracts, poster, ecc.), che devono essere editi a stampa, devono essere necessariamente prodotti nel testo integrale in originale o in copia autenticata ai sensi di legge, ovvero in semplice copia fotostatica tratta dagli originali pubblicati dichiarata conforme all'originale dal candidato. Se solo dichiarati non saranno valutati. Qualora vengano prodotte in fotocopia, il candidato deve allegare dichiarazione sostitutiva di notorietà nella quale dichiara la conformità della fotocopia all'originale (ai sensi degli Artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000) ed allegare copia di un documento d'identità in corso di validità, **pena la non valutazione**. Di tali lavori scientifici deve essere prodotto elenco dettagliato, con numerazione progressiva in relazione al corrispondente documento e con indicazione della relativa forma originale o autenticata.
- 4) Eventuali eventi formativi frequentati (corsi, convegni, seminari, master ecc.). Qualora presentati con dichiarazione sostitutiva di certificazione (**Allegato B**) ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 445/2000, devono indicare **la durata, il luogo, l'organizzatore e l'argomento** dell'evento formativo. Se prodotti in fotocopia, il candidato deve allegare dichiarazione sostitutiva di notorietà (**Allegato C**) nella quale dichiara la conformità della fotocopia all'originale (ai sensi degli Artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000) ed allegare copia di un documento d'identità in corso di validità, **pena la non valutazione**.
- 5) curriculum formativo e professionale, datato e firmato, redatto in carta semplice, debitamente documentato e autocertificato nei modi di legge. Il curriculum formativo e professionale, qualora non reso con finalità di autocertificazione o non formalmente documentato, ha unicamente uno scopo informativo e, pertanto, non produce attribuzione di alcun punteggio.
- 6) copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità, pena la non ammissione.
- 7) Elenco, datato e firmato, dei documenti e dei titoli presentati.
- 8) Ricevuta di pagamento del contributo di partecipazione all'avviso pari a E 10,00 (non rimborsabile) da effettuarsi entro i termini di scadenza del bando cd esclusivamente mediante bonifico bancario intestato **ASL BA - Servizio Tesoreria - Banca Popolare di Bari - IBAN: IT57X054240429700000000202**. Il versamento deve riportare nella causale la dicitura: Cod. 00031 - Contributo di partecipazione all'Avviso Pubblico per colloquio e titoli, per incarichi a tempo determinato, di Dirigente Medico - disciplina "Neurologia" - ASL BA.

In mancanza della ricevuta di pagamento nei modi richiesti il candidato non sarà ammesso alla procedura selettiva.

Per consentire la corretta valutazione dei titoli, la dichiarazione resa dal candidato, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi contenuti nel certificato sostitutivo. L'omissione anche di **un** solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato.

Si rammenta che l'Amministrazione può effettuare, anche a campione, idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici

eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non veritiera, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi della L. n. 183/2011.

AMMISSIONE DEI CANDIDATI

L'ammissibilità, ovvero la non ammissibilità dei candidati alla procedura oggetto del presente avviso, è deliberata con provvedimento motivato dal Direttore Generale dell'Azienda.

La pubblicazione sul sito web aziendale della deliberazione di ammissione/non ammissione dei candidati avrà valore di notifica a tutti gli effetti per gli interessati.

MODALITÀ DI ESPLETAMENTO DELLA SELEZIONE

Una Commissione di esperti nella materia, nominata dal Direttore Generale, procederà alla formulazione della graduatoria di merito sulla base della valutazione dei titoli, del curriculum con i criteri previsti dal D.P.R. 483/97.

La Commissione disporrà, complessivamente, di 40 punti così ripartiti:

- 20 punti per la valutazione dei titoli;
- 20 punti per il colloquio.

Nella valutazione dei titoli la Commissione, si atterrà ai principi stabiliti dagli artt. 11, 20, 21, 22, 23 e 27 del DPR 10.12.1997 n. 483, ed in particolare disporrà di 20 punti per la valutazione dei titoli così ripartiti:

- Titoli di carriera - massimo punti 10
- Titoli accademici di studio - massimo punti 3
- Pubblicazioni e titoli scientifici - massimo punti 3
- Curriculum formativo e professionale - massimo punti 4

COLLOQUIO

La Commissione procederà all'accertamento della qualificazione professionale e delle competenze degli aspiranti, sulla base di un colloquio diretto alla verifica delle capacità professionali per lo svolgimento dell'incarico in una struttura dedicata all'ictus. Per il colloquio si dispone di 20 punti.

Il colloquio si intende superato con una valutazione di almeno 14/20.

La valutazione dei titoli sarà effettuata solo nei confronti degli aspiranti che avranno superato il colloquio.

La convocazione dei candidati ammessi alla procedura selettiva sarà effettuata mediante avviso pubblicato nella sezione concorsi/avvisi del sito internet istituzionale www.sanita.puglia.it/web/asl-bari con un preavviso di almeno quindici giorni dall'inizio della prova.

GRADUATORIA

La Commissione Esaminatrice formulerà la graduatoria finale di merito dei candidati idonei sulla base della valutazione dei titoli.

La graduatoria finale di merito sarà formulata secondo l'ordine dei punteggi ottenuti dai candidati.

Se due o più candidati ottengono, a conclusione delle operazioni di valutazione dei titoli, pari punteggio.

sarà preferito il candidato più giovane di età, come disposto dalla legge.

All'approvazione della graduatoria dei candidati dichiarati idonei provvede, riconosciuta la regolarità degli atti, con propria deliberazione il Direttore Generale.

La pubblicazione della deliberazione di approvazione della graduatoria di merito sui sito web Azienda-le, sarà considerata notifica ufficiale a tutti i partecipanti.

CONFERIMENTO DELL'INCARICO

Il Direttore Generale procederà al conferimento degli incarichi seguendo l'ordine della graduatoria mediante stipula del contratto individuale di lavoro a tempo determinato nel quale saranno previste le modalità e condizioni che regoleranno il rapporto di lavoro e indicata la data di presa servizio, previa presentazione, entro 30 gg., della documentazione prevista.

Gli effetti economici decorrono dalla data di effettiva presa di servizio.

Scaduto inutilmente il termine assegnato per la sottoscrizione del contratto, l'Azienda comunica di non dar luogo allo stesso. L'incaricato che, senza giustificato motivo, non assumerà servizio nel termine stabilito dall'amministrazione sarà dichiarato decaduto dall'incarico.

E' in ogni modo condizione risolutiva del contratto in qualsiasi momento senza obbligo di preavviso, la presentazione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

La convocazione per il conferimento dell'incarico con relativa sottoscrizione del contratto avverrà a mezzo pec ovvero mediante pubblicazione sul sito istituzionale www.sanita.puglia.it/web/asl-bari nella sezione concorsi/avvisi.

RAPPORTO DI LAVORO

Il contratto a tempo determinato stipulato pone in essere un rapporto di lavoro subordinato esclusivo/non esclusivo.

Il rapporto di lavoro avrà durata conforme alle esigenze aziendali.

Il trattamento giuridico ed economico è determinato sulla base dei criteri stabiliti nei contratti collettivi della dirigenza del S.S.N. — Area Dirigenza Medica e Veterinaria.

Con l'accettazione dell'incarico e la firma del contratto vengono implicitamente accettate, da parte dei vincitori, tutte le norme che disciplinano e disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale dirigenziale del S.S.N.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196), si informano i candidati che il trattamento dei dati personali da essi forniti in sede di partecipazione al concorso e all'avviso o comunque acquisiti a tal fine clan' AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività concorsuali o selettive ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento concorsuale o selettivo, anche da parte della commissione esaminatrice, presso l'ufficio preposto dall'Azienda (Area Gestione Risorse Umane), con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per valutare i requisiti di partecipazione e il possesso di titoli e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione.

Ai candidati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato Codice (D.lgs. n. 196/2003), in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della Legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Direttore Area Gestione Risorse Umane.

NORME FINALI

La partecipazione all'avviso comporta l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando, nonché di quelle che disciplinano o disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale delle AA.SS.LL.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Per informazioni o per richiedere copia del presente bando di avviso, gli interessati potranno rivolgersi all'Azienda ASL BA - Area Gestione Risorse Umane - Ufficio Concorsi — Lungomare Starita, 6 — 70132 BARI - Tel 080/5842377 - 296 -582 - 213, oppure potranno consultare il sito Internet: www.asl.bari.it - sezione concorsi.

PUBBLICITÀ

Il Presente Avviso è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sul sito web dell' ASL BA, quale allegato al provvedimento deliberativo.

Il Direttore f.f. AGRU
Rodolfo MINERVINI

Il Direttore Generale ASL BA
Vito MONTANARO

Allegato A

FAC - SIMILE DI DOMANDA
 Al Direttore Generale della ASL BA
 Lungomare Starita, 6
 70132 Bari

OGGETTO: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico, per colloquio e titoli, per la formulazione di graduatoria per il conferimento di incarichi a tempo determinato di Dirigente Medico - disciplina – "Neurologia".

Il/la sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a all'Avviso di cui all'oggetto.

A tal fine, ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, nonché consapevole, secondo quanto previsto dall'Art. 76 del D.P.R. n. 445/00, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara quanto segue:

1. di essere nato/a a _____ il _____;
2. di essere residente in _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ n. _____;
3. CODICE FISCALE _____;
4. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno dei paesi dell'Unione Europea;
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (1);
6. di godere dei diritti civili e politici;
7. di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso(2);
8. di essere in possesso del Diploma di Laurea in _____ in _____ data conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in _____ data _____;
9. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione;
10. di essere in possesso della seguente specializzazione _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;
11. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;
12. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella posizione di _____ (3)(per i soggetti nati entro il 31/12/1985)
13. di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (4);
14. di non essere stato destituito o dispensato o licenziato dall'impiego presso una pubblica amministrazione e di non essere stato dichiarato decaduto dall'impiego presso una pubblica amministrazione per averlo conseguito mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabili, ovvero di essere cessato dal servizio presso una pubblica amministrazione per il seguente motivo _____;
15. di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali forniti, finalizzato agli adempimenti connessi all'espletamento della procedura concorsuale, ai sensi della Legge 30/12/2003 n. 196;
16. di accettare tutte le clausole previste dal bando.

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa al presente AVVISO deve essere fatta al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. n. _____ Indirizzo E-Mail _____,

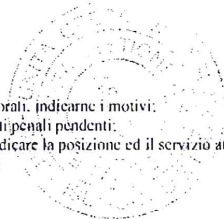
impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara, altresì, di essere a conoscenza che in caso di dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Data _____

FIRMA

- 1) In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicarne i motivi;
- 2) In caso contrario indicare le condanne penali riportate o procedimenti penali pendenti;
- 3) Per la valutazione del servizio militare ai sensi della legge 958/86 indicare la posizione ed il servizio attestati nel foglio matricolare;
- 4) Indicare le cause della eventuale risoluzione dei rapporti di impiego;



Allegato B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Artt. 46 del DPR n. 445/2000 – allegare fotocopia di valido documento di riconoscimento)

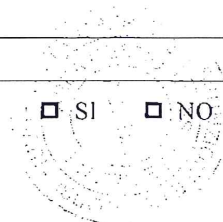
Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ N. _____
consapevole, secondo quanto prescritto dall'Art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

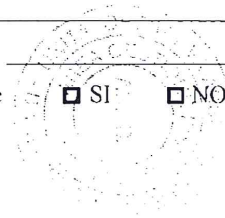
Sotto la propria responsabilità quanto segue: (barrare e compilare solo le caselle interessate)

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- Laurea in Medicina e Chirurgia** conseguita in data ___/___/___ presso _____
punteggio finale _____
- Specializzazione in** _____
 conseguita presso _____
- In data ___/___/___/___ punteggio finale _____ durata del corso di
anni _____
- Abilitazione all'esercizio della professione**, conseguita in data ___/___/___ presso _____
- Iscrizione all'Ordine** dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di _____ in data
___/___/___ al n. _____
- Eventuali altri titoli:**
- Titolo: _____ conseguito il ___/___/___
Presso _____ punteggio finale _____
- Titolo: _____ conseguito il ___/___/___
Presso _____ punteggio finale _____
- Titolo: _____ conseguito il ___/___/___
Presso _____ punteggio finale _____
- Di aver partecipato ai seguenti eventi formativi (corsi, convegni, seminari, master ecc.):**
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ esame finale SI NO



- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO



- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
 - Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
 - Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
 - Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
 - Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ esame finale SI NO
- Di aver svolto le seguenti attività di docenza:**
- Materia _____ n. ore di insegnamento totali _____
presso il seguente Ente _____
con sede in _____ dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___
 - Materia _____ n. ore di insegnamento totali _____
presso il seguente Ente _____
con sede in _____ dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___

Data _____

FIRMA



Allegato C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 19 e 47 del DPR n. 445/2000 – allegare fotocopia di valido documento di riconoscimento)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ N. _____

consapevole, secondo quanto prescritto dall'Art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

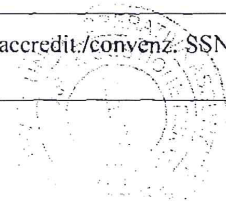
Sotto la propria responsabilità quanto segue: (barrare e compilare solo le caselle interessate)

 Di aver prestato i seguenti servizi:

- Denominazione Ente: _____
 Ente Pubblico Privato accredit./convenz. SSN Privato non accredit./convenz. SSN
 Altro _____
- Profilo professionale _____
- dal ____/____/____ al ____/____/____
 Tempo indeterminato Tempo determinato CoCoCo CoCoPro Convenzione
 Libero professionale Borsista Altro _____
- Durata orario settimanale: Full time (38 h/sett.) part-time (____ h/sett.)

- Denominazione Ente: _____
 Ente Pubblico Privato accredit./convenz. SSN Privato non accredit./convenz. SSN
 Altro _____
- Profilo professionale _____
- dal ____/____/____ al ____/____/____
 Tempo indeterminato Tempo determinato CoCoCo CoCoPro Convenzione
 Libero professionale Borsista Altro _____
- Durata orario settimanale: Full time (38 h/sett.) part-time (____ h/sett.)

- Denominazione Ente: _____
 Ente Pubblico Privato accredit./convenz. SSN Privato non accredit./convenz. SSN
 Altro _____
- Profilo professionale _____
- dal ____/____/____ al ____/____/____



- Tempo indeterminato Tempo determinato CoCoCo CoCoPro Convenzione
 Libero professionale Borsista Altro _____
- Durata orario settimanale: Full time (38 h/sett.) part-time (___ h/sett.)
- Denominazione Ente: _____
- Ente Pubblico Privato accredit./convenz. SSN Privato non accredit./convenz. SSN
 Altro _____
- Profilo professionale _____
- dal ___/___/___ al ___/___/___
- Tempo indeterminato Tempo determinato CoCoCo CoCoPro Convenzione
 Libero professionale Borsista Altro _____
- Durata orario settimanale: Full time (38 h/sett.) part-time (___ h/sett.)
- Denominazione Ente: _____
- Ente Pubblico Privato accredit./convenz. SSN Privato non accredit./convenz. SSN
 Altro _____
- Profilo professionale _____
- dal ___/___/___ al ___/___/___
- Tempo indeterminato Tempo determinato CoCoCo CoCoPro Convenzione
 Libero professionale Borsista Altro _____
- Durata orario settimanale: Full time (38 h/sett.) part-time (___ h/sett.)
- Di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa:**
- dal ___/___/___ al ___/___/___ per il seguente motivo _____
- dal ___/___/___ al ___/___/___ per il seguente motivo _____
- dal ___/___/___ al ___/___/___ per il seguente motivo _____
- dal ___/___/___ al ___/___/___ per il seguente motivo _____
- che le allegate copie di partecipazione agli eventi formativi (corsi, convegni, seminari, master ecc.), abstract/poster, lavori scientifici sono conformi agli originali;
- che l'allegata copia del documento di riconoscimento in corso di validità è conforme all'originale.

Data _____

FIRMA

