

ASL BA

Avviso Pubblico, per soli titoli, per la formulazione di una graduatoria dalla quale attingere per il conferimento di incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione di Dirigente Medico disciplina Ostetricia e Ginecologia da assegnare alla UOC di Ostetricia e Ginecologia del PO Murgia.

IL DIRETTORE GENERALE

In esecuzione della propria Deliberazione n. **492** del **07.03.2025**, indice il presente Avviso Pubblico, per soli titoli, per la formulazione di una graduatoria dalla quale attingere per il conferimento di incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione di Dirigente Medico disciplina Ostetricia e Ginecologia da assegnare alla UOC di Ostetricia e Ginecologia del PO Murgia.

Il presente avviso è indetto ed espletato in conformità alle:

- disposizioni di cui al D.P.R. 483/97;
- disposizioni di cui alla Legge 10/04/91 n. 125 e D.Lgs. n. 198/2006, che garantiscono pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro;
- disposizioni di cui all'art. 35 del D. Lgs 165/2001 e s.m.i.
- disposizioni di cui al DL 18/2020, art. 2 ter, ss.mm.ii. e la Legge 234/2021, art. 1 c. 268 ss.mm.ii. prorogato dalla Legge 202/2024 fino al 31.12.2025.

Il trattamento giuridico ed economico è regolato e stabilito dalle norme legislative e contrattuali vigenti per il personale dell'Area Sanità.

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 di Ostetricia e Ginecologia o in disciplina riconosciuta equipollente, ai sensi del D.M. 30/01/98 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, ove prevista, consente la partecipazione al concorso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.
- d) Ai sensi del DL 18/2020, art. 2 ter, ss.mm.ii. e la Legge 234/2021, art. 1 c. 268 ss.mm.ii. prorogato dalla Legge 202/2024 fino al 31.12.2025, solo i medici specializzandi iscritti all'ultimo e al penultimo anno del corso di specializzazione possono essere assunti dalle aziende del Servizio sanitario nazionale con contratto a tempo determinato e a orario ridotto;

REQUISITI GENERALI

- a) Essere cittadini di uno degli Stati membri dell'Unione Europea, o loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, ovvero cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria (art. 38 D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.);

- b) idoneità fisica all'impiego senza limitazioni, nell'osservanza di quanto previsto dall'art. 26 del d.lgs n. 106/2009. L'accertamento della idoneità fisica all'impiego, tenuto conto delle norme in materia di categorie protette, sarà effettuato, a cura dell'Azienda, prima dell'immissione in servizio, fatta salva l'osservanza di disposizioni derogatorie;
- c) Godimento dei diritti politici anche negli Stati di appartenenza o provenienza;
- d) 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;
- e) Non essere stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero non essere stati dichiarati decaduti dall'impiego.

Ai sensi dell'art. 49 e 50 del D.P.R. 31.08.1999, n. 394 e s.m.i., i titoli accademici di studio conseguiti all'estero, devono essere corredati dal decreto di riconoscimento rilasciato dal Ministero della Salute Italiano ed il candidato deve risultare abilitato ad esercitare in Italia la professione.

La partecipazione alla procedura selettiva non è soggetta a limiti di età, ex L. n. 127/97, fermi restando quelli previsti per il collocamento a riposo.

I requisiti prescritti, 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.

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 recante nell'oggetto il codice: **"OSTETR25"**

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 ogni 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:

- a) Procedura selettiva alla quale intendono partecipare;
- b) cognome e nome;
- c) luogo e data di nascita;
- d) residenza e/o recapito cui inviare le eventuali comunicazioni relative all’avviso;
- e) **indirizzo di posta elettronica certificata alla quale questa Amministrazione potrà inviare ogni comunicazione finalizzata all’assunzione;**
- f) numero di un documento di identità in corso di validità;
- g) codice fiscale;
- h) essere cittadini di uno degli Stati membri dell’Unione Europea, o loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, ovvero cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria (art. 38 D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.);
- i) titoli di studio posseduti e requisiti specifici di ammissione (laurea - specializzazione - iscrizione Ordine);
- j) di essere in possesso della specializzazione o di frequentare l’ultimo o il penultimo anno del corso di specializzazione;
- k) abilitazione all’esercizio della professione;
- l) idoneità fisica all’impiego ed alle specifiche mansioni del posto da ricoprire;
- m) di non essere stati esclusi dall’elettorato politico attivo e destituiti o dispensati dall’impiego presso una pubblica amministrazione e licenziati per persistente insufficiente rendimento o per aver conseguito l’impiego mediante la produzione di documenti falsi e comunque con mezzi fraudolenti;
- n) l’assenza di condanne penali, provvedimenti di interdizione o misure restrittive; in caso positivo devono essere dichiarate le condanne penali riportate e i provvedimenti di interdizione o le misure restrittive applicate ovvero non aver riportato condanne penali e non aver procedimenti penali in corso che comportino ipotesi di inconferibilità;
- o) di essere in posizione regolare nei confronti dell’obbligo di leva e di quelli relativi al servizio militare volontario (per i candidati cittadini italiani di sesso maschile nati entro il 31/12/1985);
- p) i titoli eventualmente posseduti che danno diritto a fruire della preferenza, a parità di merito, con altri concorrenti;
- q) l’eventuale condizione di portatore di handicap, il tipo di ausilio per gli esami e i tempi necessari aggiuntivi (quanto dichiarato dovrà risultare da apposita certificazione, rilasciata dal servizio sanitario ex lege n. 104/92 della A.S.L., che il candidato dovrà presentare il giorno della prima prova d’esame);
- r) di aver preso visione del presente bando di avviso pubblico e di sottostare a tutte le condizioni in esso stabilite;
- s) di accettare che le modalità di notifica rivenienti dalla procedura selettiva avvengano esclusivamente tramite pubblicazione sul sito Aziendale della ASL consultabile all’indirizzo www.sanita.puglia.it/web/asl-bari – albo pretorio sezione concorsi e avvisi;
- t) di autorizzare l’ASL Bari al trattamento e utilizzo dei dati personali di cui al D.Lgs. n. 196/2003;
- u) di aver effettuato il versamento del contributo di partecipazione all’avviso **pari a 20,00 euro (venti/00 euro), non rimborsabili.**

Il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente utilizzando il Portale dei Pagamenti della Regione Puglia: **pagamenti.regione.puglia.it**. Il versamento deve riportare nella Causale la dicitura: Avviso Pubblico, per soli titoli, di Dirigente Medico disciplina Ostetricia e Ginecologia da assegnare alla UOC di Ostetricia e

Ginecologia del PO Murgia. Il contributo di partecipazione all'avviso dovrà essere versato entro e non oltre i termini di scadenza del presente bando, pena esclusione dalla predetta procedura.

La domanda deve essere datata e sottoscritta dal candidato; **la mancata sottoscrizione determina l'esclusione dall'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 1 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 B**) ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 445/2000, relativa ai titoli di studio conseguiti e 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 € 20,00 (**non rimborsabile**) **da effettuarsi entro i termini di scadenza del bando.**

Il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente utilizzando il Portale dei Pagamenti della Regione Puglia: **pagamenti.regione.puglia.it** Il versamento deve riportare nella Causale la dicitura: **Avviso Pubblico, per soli titoli, di Dirigente Medico disciplina Ostetricia e Ginecologia da assegnare alla UOC di Ostetricia e Ginecologia del PO Murgia.**

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 **20** punti.

Nella valutazione dei titoli la Commissione, si atterrà ai principi stabiliti dagli artt. 11, 20, 21, 22, 23 e 35 del DPR 10.12.1997 n. 483, ed in particolare i punti per la valutazione dei titoli sono 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**

GRADUATORIA

La Commissione Esaminatrice, conclusa la procedura selettiva, sulla base della valutazione dei titoli formulerà:

- una graduatoria **finale di merito**, secondo l'ordine dei punteggi ottenuti da ciascun candidato, con l'osservanza, a parità di punti, previste dall'art. 5 del DPR 487/94 e s.m.i.;

una graduatoria **separata** di candidati idonei, iscritti all'ultimo o penultimo anno, del corso di formazione specialistica, della specifica disciplina messa a selezione e/o equipollente.

L'eventuale assunzione dei medici risultati idonei e utilmente collocati nella citata graduatoria separata, è subordinata all'esaurimento della graduatoria dei medici già specialisti alla data della scadenza del bando, ai sensi del DL 18/2020, art. 2 ter, ss.mm.ii. e la Legge 234/2021, art. 1 c. 268 ss.mm.ii. prorogato dalla Legge 202/2024 fino al 31.12.2025.

Il Direttore Generale, riconosciuta la regolarità degli atti relativi alla procedura in argomento li approva, con propria Deliberazione.

La pubblicazione della deliberazione di approvazione della graduatoria finale di merito sul sito web aziendale, 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.

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. – dell'Area Sanità.

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 all'avviso o comunque acquisiti a tal fine dall' 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

Per tutto quanto non previsto si fa riferimento alla normativa contrattuale ed a quella vigente in materia.

Con la partecipazione al presente avviso è implicita da parte dei concorrenti l'accettazione, senza riserve, di tutte le disposizioni contenute nel bando stesso.

Il Direttore Generale si riserva, comunque, la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente bando, per legittimi ed insindacabili motivi, senza l'obbligo di comunicarli e senza che i concorrenti possano accampare pretese o diritti di sorta anche in caso di presentazione delle domande.

Per ottenere informazioni riguardanti l'avviso, i requisiti per partecipare e quant'altro non sia legato alla compilazione della domanda, gli aspiranti potranno rivolgersi all'Azienda ASL BA - Area Gestione Risorse Umane - Ufficio Concorsi – Lungomare Starita, 6 - 70132 Bari – nelle ore di ricevimento dell'Ufficio (martedì e giovedì dalle 11:00 alle 13:00 e dalle 15:30 alle 17:30), oppure potranno consultare il sito Internet: www.sanita.puglia.it/web/asl-bari - sezione "Albo Pretorio" – Concorsi e Avvisi.

Per quanto non previsto dal presente bando, valgono le norme di legge.

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 Generale
F.to Luigi FRUSCIO

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 soli titoli, per la formulazione di graduatoria per il conferimento di incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione di Dirigente Medico disciplina Ostetricia e Ginecologia da assegnare alla UOC di ostetricia e Ginecologia del PO Murgia.

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 _____
conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;
9. di essere in possesso della seguente specializzazione _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;
a. nel caso di candidato specializzando, indicare la durata del corso di specializzazione _____;
b. o di frequentare l'ultimo o il penultimo anno del corso di specializzazione _____;
10. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;
11. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella posizione di _____ (3) (per i soggetti nati entro il 31/12/1985)
12. di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (4);
13. 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 _____;
14. 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;
15. 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/Pec _____,
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 _____
- ☐ **Specializzando in** _____
- ☐ presso _____
- ☐ Conseguimento in data ____/____/____/____ durata del corso di anni _____
- ☐ **Abilitazione all'esercizio della professione**, conseguita in data ____/____/____ presso

- ☐ **Iscrizione all'Ordine** dei Medici Chirurghi e 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 _____ | | | |
| | ____/____/____ al ____/____/____ esame finale | SI | ☐ NO | ☐ | |
| - | Denominazione corso _____ | organizzato | | | |
| | da _____ luogo _____ | durata _____ | | | |
| | ____/____/____ al ____/____/____ esame finale | SI | ☐ NO | ☐ | |
| - | Denominazione corso _____ | organizzato | | | |
| | da _____ luogo _____ | durata _____ | | | |
| | ____/____/____ al ____/____/____ esame finale | SI | ☐ NO | ☐ | |
| - | Denominazione corso _____ | organizzato | | | |
| | da _____ luogo _____ | durata _____ | | | |
| | ____/____/____ al ____/____/____ esame finale | SI | ☐ NO | ☐ | |
| - | Denominazione corso _____ | organizzato | | | |
| | da _____ luogo _____ | durata _____ | | | |
| | ____/____/____ al ____/____/____ esame finale | SI | ☐ NO | ☐ | |
| - | Denominazione corso _____ | organizzato | | | |
| | da _____ luogo _____ | durata _____ | | | |
| | ____/____/____ al ____/____/____ esame finale | SI | ☐ NO | ☐ | |
| - | Denominazione corso _____ | organizzato | | | |
| | da _____ luogo _____ | durata _____ | | | |
| | ____/____/____ al ____/____/____ esame finale | SI | ☐ NO | ☐ | |
| - | Denominazione corso _____ | organizzato | | | |
| | da _____ luogo _____ | durata _____ | | | |
| | ____/____/____ al ____/____/____ esame finale | SI | ☐ NO | ☐ | |
| - | Denominazione corso _____ | organizzato | | | |
| | da _____ luogo _____ | durata _____ | | | |
| | ____/____/____ al ____/____/____ esame finale | SI | ☐ NO | ☐ | |
| - | Denominazione corso _____ | organizzato | | | |
| | da _____ luogo _____ | durata _____ | | | |
| | ____/____/____ al ____/____/____ esame finale | SI | ☐ NO | ☐ | |
| - | Denominazione corso _____ | organizzato | | | |
| | da _____ luogo _____ | durata _____ | | | |
| | ____/____/____ al ____/____/____ esame finale | SI | ☐ NO | ☐ | |
| - | Denominazione corso _____ | organizzato | | | |
| | da _____ luogo _____ | durata _____ | | | |
| | ____/____/____ 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, lavori scientifici ecc.) sono conformi agli originali;**
- ☐ **che l'allegata copia del documento di riconoscimento in corso di validità è conforme all'originale.**

Data _____

FIRMA