

ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO UNIFICATO PER N. 5 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**Al Direttore Generale dell'ASUR Marche
c/o Direzione dell'Area Vasta n. 1
via Ceccarini n. 38
61032 Fano (PU)**

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico unificato degli Enti del SSR, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. **5 posti di Dirigente Medico di Ortopedia e Traumatologia.**

A tale fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 76 comma 1 –DPR 445/2000) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ (Prov. __)
il _____;

2. di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata _____, a cui verranno inviate tutte le comunicazioni relative alla presente procedura;

3. di essere residente a _____ (Prov. _____) CAP _____
in Via _____ n. _____
recapiti telefonici: _____;

4. di possedere (barrare con una X la casella corrispondente all'ipotesi che ricorre ed inserire i dati richiesti):

la cittadinanza italiana;

la cittadinanza _____ (per i candidati appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea);

la cittadinanza _____ (per i soli cittadini dei Paesi terzi) e titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

la cittadinanza _____ (per i soli cittadini di Paesi terzi) e di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente in quanto familiare di cittadino comunitario;

lo status di rifugiato _____ (specificare provvedimento) / lo status di protezione sussidiaria _____ (specificare provvedimento).

5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ ;

ovvero

di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare i motivi) _____ ;

ovvero

di essere cancellato/a dalle liste elettorali (indicare i motivi) _____ ;

6. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione _____ ;

7. di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti a carico;

ovvero

di aver riportato le seguenti condanne penali _____ ;

ovvero

di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali pendenti a carico _____ ;

8. di non essere stato interdetto dai pubblici uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

9. di possedere l'idoneità alla mansione specifica del profilo professionale a concorso;

10. di essere in possesso dei seguenti titoli (*barrare con una X la casella corrispondente alle ipotesi che ricorrono ed inserire i dati richiesti*):

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.: **asur@emarche.it**

(altre specializzazioni)

_____;

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

11. di richiedere ai sensi della L. 104/1992, in quanto portatore di handicap, il seguente ausilio necessario per l'espletamento delle prove _____ e/o la necessità di tempi aggiuntivi;

12. (barrare con una X la casella corrispondente all'ipotesi che ricorre e inserire i dati richiesti)

di non aver mai prestato servizi presso Pubbliche Amministrazioni;

di aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche Amministrazioni:

ENTE (denominazione e sede)	DATA DI ASSUNZIONE (gg/mm/aa)	DATA DI CESSAZIONE (gg/mm/aa, causa di risoluzione)	TIPO DI RAPPORTO: Dipendente a tempo determinato/indeter- minato;	QUALIFICA E DISCIPLINA	IMPEGNO ORARIO SETTIMANAL E (indicare n. ore settimanali)

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

ovvero

di essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni
ovvero di essere stato/a licenziato/a (indicare i motivi)

14. di avere diritto, in caso di parità di punteggio, a precedenza o preferenza in quanto:
_____;

15. di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in relazione alle procedure selettive ai sensi del nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 679/2016) e del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 e s.m.i.

16. Il/La candidato/a indica, attraverso la compilazione della tabella sottostante, l'ordine delle preferenze riguardo agli ambiti di reclutamento indicati nella premessa del bando:

Ambiti di reclutamento
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Il/La sottoscritto/a, 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 dichiara 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.

Il/La candidato/a dichiara di avere preso visione dei contenuti del bando e di tutte le clausole in esso contenute.

Data _____

FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso o FIRMA DIGITALE certificata

ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'

**ALLEGATO B - DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO UNIFICATO PER N. 5 POSTI
DI DIRIGENTE MEDICO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

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.]

<p>CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE</p> <p><i>Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.</i></p>	<p>[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]</p>
<p>CAPACITÀ E COMPETENZE ARTISTICHE</p> <p><i>Musica, scrittura, disegno ecc.</i></p>	<p>[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]</p>
<p>ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE</p> <p><i>Competenze non precedentemente indicate.</i></p>	<p>[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]</p>
<p>PATENTE O PATENTI</p>	
<p>ULTERIORI INFORMAZIONI</p>	<p>[Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc.]</p>

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
