

ALLEGATO "2a"

ASP Riunite Terra di Bari
Via Vaccarella, 1
70131 – Bari – Carbonara (BA)

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso all'avviso per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico -----(durata), prorogabile, di Responsabile Sanitario presso la Struttura RSA "Opera Pia di Venere" - ai sensi dell'art. 7, comma 6, del Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001, ss.mm.ii dell'art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. indetto, **con avviso redatto in esecuzione della Deliberazione Commissariale n. --- del ---**

Ai sensi e per gli effetti previsti dal D.P.R. 28.12.2000, n. 445 "Testo Unico delle Disposizioni Legislative e Regolamentari in materia di documentazione amministrativa", **consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci**, nonché della sanzione della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera,

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____
di risiedere attualmente a _____ (prov. _____)
CAP _____ in Via _____ n. _____
codice fiscale : _____;
Tel. _____ Cell. _____
indirizzo e-mail _____ pec _____

- indirizzo presso il quale il sottoscritto chiede che venga fatta ogni comunicazione relativa alla presente procedura (se luogo diverso dalla residenza):

Dott. _____
Via _____, n. _____ C.A.P. _____
Comune _____ (Prov. _____);

- di essere in possesso della **cittadinanza** _____

ovvero

di essere titolare di una delle posizioni ai sensi dell'art. 38 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. ed in particolare:

- o familiare di cittadino titolare di diritto di soggiorno o titolare di diritto di soggiorno permanente;
- o cittadino di Paese terzo (indicare quale _____) titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- o cittadino di Paese terzo (indicare quale _____) titolare dello status di rifugiato;
- o cittadino di Paese terzo (indicare quale _____) titolare dello status di protezione sussidiaria;

- di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (1);

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

- di non aver riportato condanne penali;

ovvero di AVER riportato le seguenti condanne penali _____ (2);

- di essere iscritto al n. _____ dell'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____ a decorrere dal _____, e di essere tutt'ora iscritto;

- di essere fisicamente idoneo all'incarico;

- di essere in possesso della laurea in _____ in data _____ presso l'Università di _____, Voto finale _____;

- di essere in possesso del diploma di master in _____ della durata legale di anni _____ presso l'Università di _____ in data _____;

- di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ della durata legale di anni _____ presso l'Università di _____ in data _____;

- di aver avuto/ non aver avuto un'esperienza almeno biennale di dirigenza sanitaria presso l'ospedale di _____ dal _____ al _____, con la qualifica di _____;

- di essere a conoscenza della lingua inglese;

- di avere la specializzazione nelle materie di cui alla lettera c) dei Requisiti preferenziali dell'avviso e più precisamente in _____ acquisita in data _____ presso l'Università di _____

- altri requisiti preferenziali _____;

- di essere in possesso **della seguente anzianità di servizio come Responsabile Sanitario presso RSA/ residenze protette o strutture per anziani equivalenti:**

a) periodo dal _____ al _____ in qualità di _____ maturata presso _____, sita in _____ via _____ n. _____;

b) periodo dal _____ al _____ in qualità di _____ maturata presso _____, sita in _____ via _____ n. _____;

c) periodo dal _____ al _____ in qualità di _____ maturata presso _____, sita in _____ via _____ n. _____;

d) periodo dal _____ al _____ in qualità di _____ maturata presso _____, sita in _____ via _____ n. _____;

e) periodo dal _____ al _____ in qualità di _____ maturata presso _____, sita in _____ via _____ n. _____;

- di essere in possesso delle seguenti esperienze lavorative analoghe a quelle richieste presso altre strutture ospedaliere:

a) periodo dal _____ al _____ in qualità di _____ maturata presso _____, sita in _____ via _____ n. _____;

b) periodo dal _____ al _____ in qualità di _____ maturata presso _____, sita in _____ via _____ n. _____;

c) periodo dal _____ al _____ in qualità di _____ maturata presso _____, sita in _____ via _____ n. _____;

- di aver svolto **attività didattica** presso congressi, corsi di aggiornamento, convegni e/o seminari:

Ente: _____

Indirizzo _____

in veste di _____

materia di insegnamento _____

dal _____ *al* _____

Ente: _____

Indirizzo _____
in veste di _____
materia di insegnamento _____
dal _____ al _____

- di aver partecipato in qualità di discente a seguenti congressi, corsi di aggiornamento, convegni e/o seminari:

Ente: _____
Indirizzo _____
Oggetto dell'incontro formativo _____
dal _____ al _____

Ente: _____
Indirizzo _____
Oggetto dell'incontro formativo _____
dal _____ al _____

Ente: _____
Indirizzo _____
Oggetto dell'incontro formativo _____
dal _____ al _____

Ente: _____
Indirizzo _____
Oggetto dell'incontro formativo _____
dal _____ al _____

- di aver redatto indagini, studi clinici, pubblicazioni, studi e attività di ricerca e cioè

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

- di **non essere/essere** stato dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

DICHIARA INOLTRE

ai fini della valutazione di merito

- di possedere i seguenti ulteriori titoli:

DICHIARA INFINE

- che le copie dei documenti allegati alla domanda sono conformi all'originale in mio possesso;
- di accettare tutte le indicazioni del bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura e degli adempimenti conseguenti;

A tal fine allega la fotocopia del seguente documento d'identità in corso di validità:
_____ n. _____ Rilasciato da _____

Data _____

.....
(firma del candidato)

-
- 1) *in caso positivo, specificare di quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.*
 - 2) *in caso affermativo specificare quali Condanne o procedimenti penali.*