Azienda Sanitaria Locale CN1
Ufficio Protocollo dell'Ente
Via C. Boggio, 12
12100 CUNEO

Il/La sottoscritto/a _____

rivolge istanza di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarico di direzione della struttura complessa di _____**.**

Consapevole delle sanzioni penali che, a norma dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, l'art. 483 del Codice Penale prevede in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti e che, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R., decadrà dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

 di essere nata/o a _____ (prov. ___) il _____;

- di essere residente in _____ (prov. _____) in via _____ n° _____ CAP _____ (recapito telefonico _____);

- di possedere (barrare la corrispondente la voce):
  ☐ la cittadinanza italiana oppure
  ☐ il seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana _____
  _____,
  dichiarando altresì di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o provenienza e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

 di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
oppure indicare i motivi della non iscrizione/cancellazione dalle liste medesime: _____
_____;

 ☐ di non aver riportato condanne penali oppure
☐ di aver riportato le seguenti condanne penali (indicando anche i casi di indulto, amnistia condono o applicazione della pena su richiesta delle parti (cd. patteggiamento) oppure eventuali carichi pendenti):
_____
_____

 di possedere i titoli di studio e di iscrizione richiesti quali requisito di ammissione e precisamente:

titolo di studio _____
conseguito in data _____ presso l'istituto _____
_____ con sede a _____

diploma di specializzazione in _____

conseguito in data _____ presso _____

_____ con sede a _____

iscrizione al seguente elenco/albo/ordine _____

della provincia di _____ n. posizione _____

- di essere attualmente in servizio a tempo indeterminato a far data dal _____ presso: denominazione Azienda/Ente _____

  _____

  qualifica: _____ disciplina _____

  a ☐ rapporto esclusivo ☐ non esclusivo;

- di possedere l'anzianità di servizio richiesta quale requisito di ammissione, come dettagliata nel *curriculum* formativo e professionale allegato;

- che l'indirizzo presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative a questa selezione è:
  ☐ quello di residenza sopra indicato
  ☐ il seguente: cognome, nome _____
  indirizzo _____ città _____
  CAP _____ telefono (se diverso da quello già indicato) _____.

- indirizzo e-mail: _____

- indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): _____

Elenco documenti allegati (barrare le voci di interesse)

Il/la sottoscritto/a allega alla domanda di partecipazione i seguenti documenti (barrare quelli di interesse):

☐ copia non autenticata del proprio **documento di identità** , in corso di validità;
☐ *Curriculum* formativo e professionale;
☐ n°_____ pubblicazioni;
☐ dichiarazione sulla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate;
☐ Dichiarazione sostitutiva di certificazione/di atto di notorietà;
☐ dichiarazione di diritto al beneficio della L. 104/92 per la richiesta di tempi di ausilio in relazione al proprio handicap o la necessità di tempi aggiuntivi.

Il sottoscritto dichiara di prestare consenso, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, al trattamento di tutti di dati forniti in sede di partecipazione alla selezione che l'ASL CN1 utilizzerà esclusivamente ai fini della gestione della procedura, comprese anche le forme di pubblicità obbligatorie ai sensi dell'art.4, comma 1 del D.L. n. 158/2012 convertito nella Legge n. 189/2012 e dell'eventuale conferimento dell'incarico.

Luogo e data

Firma del dichiarante (per esteso)

_____ _____

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

DICHIARA

che le informazioni presenti in questo curriculum sono rese quali dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atto di notorietà ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445.

Si dichiara inoltre consapevole chi in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti decadrà dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (come previsto dall'art. 75 del citato D.P.R. 445) oltre che incorrere nelle sanzioni penali previste, a norma dell'art. 76 dello stesso D.P.R., dall'art. 483 del Codice Penale.

Si dichiara infine consapevole che le informazioni rese nel presente curriculum a titolo di dichiarazione sostitutiva di certificazioni o di atto di notorietà non saranno valutate qualora siano prive di tutti gli elementi utili alla loro corretta determinazione

TITOLI DI CARRIERA

Servizi esclusivamente svolti in qualità di **dipendente nelle Pubbliche Amministrazioni o in Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate ATTINENTI AL POSTO MESSO A SELEZIONE** (**non inserire** in questa sezione i servizi svolti in qualità di dipendenti/soci di Aziende Private o come libero professionista o co.co.co. o altro, ma dichiararli nella sezione "Altre attività" del curriculum). NB: in caso di rapporto di dipendenza tuttora in corso, nella cella della data di cessazione indicare "a tutt'oggi".

ENTE (**denominazione** e **tipo**: ente SSN, pubblica amm., casa di cura conv., ...)	data assunzione / inizio	data cessazione / fine	qualifica esatta (con indicazione della disciplina di inquadramento nel caso della dirigenza medica)	contratto a tempo indeterminato o determinato	percentuale dell'eventuale Orario ridotto	causa della cessazione

(NB: Qualora gli spazi previsti per ciascuna pagina non fossero sufficienti, fare una/più fotocopie del foglio necessario)

Rispetto alla tabella precedente sono sotto elencati gli eventuali periodi di sospensione del rapporto di lavoro

TIPO SOSPENSIONE (es. aspettativa per motivi personali, comando presso altra amministrazione, ecc.)	Data inizio	Data fine

Rispetto ai servizi prestati presso le pubbliche amministrazioni (sopra elencati):

☐ non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979 [1]

☐ ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979, con riduzione nella seguente misura: ____determinata per il periodo dal _____al_____ dalla seguente amministrazione _____

INCARICHI DIRIGENZIALI nell'ambito del rapporto di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni

DENOMINAZIONE INCARICO	Data inizio	Data fine	TIPO: direzione struttura complessa; responsabilità struttura semplice; alta professionalità; di natura professionale; altro (specificare)

Per ciascun incarico indicare eventuali specifici ambiti di autonomia professionale:

[1] Ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979: "La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento."

TITOLI DI STUDIO

Elencare eventuali altri titoli di studio, ad esclusione di quelli già segnalati nella domanda quali requisiti di ammissione

Titolo di studio	conseguito in data	presso l'istituto	Città sede dell'istituto

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

Elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni, gli autori e gli estremi della rivista allegando copia della pubblicazione, in originale, autenticata o autocertificata utilizzando il modulo allegato al bando

ALTRE ATTIVITA' (collaborazioni con pubbliche amministrazioni o servizi svolti in qualità di dipendenti/soci di Aziende Private o come libero professionista o co.co.co. o altro)

ENTE (**denominazione** e **tipo**: ente del SSN, pubblica amm., SpA, cooperativa, ...)	data inizio	data fine	tipo contratto/ autorizzazione	qualifica (con indicazione della disciplina medica, nei casi previsti)	progetto di riferimento (se previsto)	durata totale

ATTIVITA' DIDATTICA presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea, di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione degli Operatori Socio Sanitari

MATERIA della docenza	Istituto/Ente presso cui si è svolta	Periodo di svolgimento	Durata totale in ore

AGGIORNAMENTO/ESPERIENZE FORMATIVE ritenute rilevanti per il posto a selezione

TITOLO INIZIATIVA (corso, convegno, ecc.)	in qualità di: relatore / partecipante	organizzato da	sede dell'iniziativa	date svolgimento	durata totale in ore	esame finale si/no	crediti ECM maturati

ALTRE ESPERIENZE FORMATIVE/PROFESSIONALI: Riportare analiticamente altre esperienze formative/professionali ritenute rilevanti per il posto messo a bando

Luogo e data

Firma del dichiarante (per esteso)

_____ _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n.445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____il _____

e residente a _____;

consapevole delle sanzioni penali che, a norma dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, l'art. 483 del Codice Penale prevede in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti e che, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. decadrà dai benefeci eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità:

DICHIARA

☐ che le **copie delle seguenti pubblicazioni** e/o altri titoli, allegati, nell'ordine, alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ di aver effettuato, nel decennio precedente la data di pubblicazione del seguente avviso, le seguenti prestazioni in termini di qualità e quantità (casistica):

_____

_____

_____

_____

(NB: Qualora gli spazi previsti in questa pagina non fossero sufficienti, fare una/più fotocopie del foglio)

☐ ulteriori dichiarazioni (specificare)

Luogo e data

Firma del dichiarante (per esteso)