

All. A
Fac simile domanda

Al Direttore Generale
ATS Sardegna
PEC
avvisiincarichi.svilupporisumane@pec.atssardegna.it

Il/La sottoscritto/a												
nato/a a..... il												
residente in via.....												
C.A.P..... città prov												
numero telefono..... numero cellulare.....												
pec:												
indirizzo e-mail:.....												
CODICE FISCALE:												

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO A PARTECIPARE ALLA SELEZIONE PUBBLICA IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO QUINQUENNALE, RINNOVABILE, DI DIRIGENTE MEDICO PER LA DIREZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA “MEDICINA PENITENZIARIA” DELLA ATS SARDEGNA

e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”

DICHIARA DI:

essere in possesso della cittadinanza	
<i>Solamente per i cittadini non italiani:</i> godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)	

Solamente per i cittadini non UE:

essere titolare di:

- diritto di soggiorno
- diritto di soggiorno permanente
- permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo
- status di rifugiato
- status di protezione sussidiaria

essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di

solo per i cittadini soggetti all'obbligo di leva:

essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva

SI NO

(barrare la casella interessata)

aver subito condanne che comportino l'interdizione *perpetua* dai pubblici uffici

SI NO

(barrare la casella interessata)

se SI, indicare quali:

.....;

aver subito condanne che comportino l'interdizione *temporanea* dei pubblici uffici

SI NO

(barrare la casella interessata)

se SI, il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici è antecedente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda

SI NO

(barrare la casella interessata)

essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per aver conseguito l'assunzione mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

SI NO

(barrare la casella interessata)

essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per lo svolgimento di attività incompatibile con il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione;

SI NO

(barrare la casella interessata)

incorrere in una delle cause di inconferibilità di cui all'art. 3 del D. lgs. 8 aprile 2013 n. 39 *;

SI NO

(barrare la casella interessata)

se SI, indicare quali:

.....

**L'art.3 del D.Lgs. 39/2013 prevede che gli incarichi dirigenziali, interni ed esterni, nelle pubbliche amministrazioni non possano essere attribuiti a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I titolo II del libro secondo del codice penale (delitti contro la pubblica amministrazione)*

avere procedimenti disciplinari in corso SI NO
(barrare la casella interessata)

essere stato destinatario di licenziamento disciplinare presso una Pubblica Amministrazione SI NO
(barrare la casella interessata)

Requisito d'ammissione
essere in possesso del Diploma di **Laurea** in
conseguito in data.....
presso l'Università
sita in.....

essere iscritto all'**albo dell'ordine dei Medici** della Provincia/Regione di
dal..... N° di Iscrizione

essere in possesso della seguente **specializzazione**:
1) Disciplina:
conseguita in data..... presso l'Università di
e che la durata della stessa è stata pari ad anni e che l'immatricolazione è avvenuta in data;
2) Disciplina:
conseguita in data..... presso l'Università di
e che la durata della stessa è stata pari ad anni e che l'immatricolazione è avvenuta in data

Requisito d'ammissione
essere in possesso **dell'anzianità di servizio** di anni
nella disciplina di come di seguito specificato:
.....

avere prestato servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di:
profilo professionale:.....
disciplina:.....
dal al (indicare giorno, mese, anno)
con rapporto a tempo: determinato indeterminato
tipologia: definito
 pieno
 impegno ridotto al _____% per ore _____ settimanali
presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.).....
di (località)..... via.....
con interruzione dal servizio (*ad es per aspettative senza assegni*):
dal _____ al _____ motivo
(indicare esattamente la qualifica rivestita, i periodi di servizio prestato, le eventuali modificazioni intervenute e le cause di risoluzione. Duplicare il riquadro ad ogni variazione)

avere prestato servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di:

profilo professionale:.....
disciplina:.....
dal al (indicare giorno, mese, anno)

con rapporto a tempo: determinato indeterminato
tipologia: definito
 pieno
 impegno ridotto al _____% per ore _____ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.).....
di (località).....via.....

con interruzione dal servizio (*ad es per aspettative senza assegni*):

dal _____ al _____ motivo

(indicare esattamente la qualifica rivestita, i periodi di servizio prestato, le eventuali modificazioni intervenute e le cause di risoluzione. Duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Ambiti di autonomia professionale: indicare gli incarichi dirigenziali conferiti:

1. tipo di incarico di alta professionalità
 di sostituzione ex art. 18 CCNL 08.06.2000
 di direzione di struttura semplice
 di direzione di struttura complessa
 altro.....

dal al (indicare giorno/ mese/anno)

presso U.O.C.

Stabilimento/Presidio

Comune Provincia

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, Privata convenzionata, etc – specificare)

descrizione attività svolta.....
.....
.....

2. tipo di incarico di alta professionalità
 di sostituzione ex art. 18 CCNL 08.06.2000
 di direzione di struttura semplice
 di direzione di struttura complessa
 altro.....

dal al (indicare giorno/ mese/anno)

presso U.O.C.

Stabilimento/Presidio

Comune Provincia

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, Privata convenzionata, etc – specificare)

descrizione attività svolta.....
.....
.....

3. tipo di incarico di alta professionalità
 di sostituzione ex art. 18 CCNL 08.06.2000
 di direzione di struttura semplice
 di direzione di struttura complessa
 altro.....

dal al (indicare giorno/ mese/anno)

presso U.O.C.

Stabilimento/Presidio

Comune Provincia

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, Privata convenzionata, etc – specificare)

descrizione attività svolta

aver svolto le seguenti attività professionali con rapporto di lavoro non subordinato, in qualità di:

profilo professionale:

disciplina:

dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto: libero professionale autonomo collaborazione

altro

impegno per ore _____ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)

di (località).....via.....

Soggiorni studio/addestramento presso: (soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **3 mesi**, (con esclusione dei tirocini obbligatori).

Presso

di..... (prov.) Via.....

n. dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

descrizione attività svolta

Presso

di..... (prov.) Via.....

n. dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

descrizione attività svolta

Presso

di..... (prov.) Via.....

n. dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

descrizione attività svolta
.....
.....
.....

di aver conseguito l'Attestato di formazione manageriale:
titolo
presso.....
anno.....

Specifici corsi di formazione manageriale/Master Universitari (indicare primo/secondo livello/):
titolo
dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)
presso.....
contenuti del corso
.....
titolo
dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)
presso.....
contenuti del corso
.....

Aver svolto attività didattica (riferita all'ultimo decennio): si valuta **solamente** l'attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario, non l'insegnamento a corsi di aggiornamento professionale.
Si invitano pertanto i candidati a non dichiarare attività non valutabili.
presso.....
corso per il conseguimento del titolo di
insegnamento.....
A.A./A.S. n. ore..... (specificare se complessive o settimanali)
presso.....
corso per il conseguimento del titolo di
insegnamento.....
A.A./A.S. n. ore..... (specificare se complessive o settimanali)
presso.....
corso per il conseguimento del titolo di
insegnamento.....
A.A./A.S. n. ore..... (specificare se complessive o settimanali)

presso.....
corso per il conseguimento del titolo di
insegnamento.....
A.A./A.S. n. ore..... (specificare se complessive o settimanali)

Partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all'estero, in qualità di docente o relatore. Non si valutano idoneità e tirocini. Si invitano i candidati e non produrre la relativa documentazione.

1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) CORSO CONGRESSO CONVEGNO
 EVENTO FORMATIVO _____

In qualità di RELATORE DOCENTE

Ente organizzatore

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

2. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) CORSO CONGRESSO CONVEGNO
 EVENTO FORMATIVO _____

In qualità di RELATORE DOCENTE

Ente organizzatore

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

3. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) CORSO CONGRESSO CONVEGNO
 EVENTO FORMATIVO _____

In qualità di RELATORE DOCENTE

Ente organizzatore

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

4. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) CORSO CONGRESSO CONVEGNO
 EVENTO FORMATIVO _____

In qualità di RELATORE DOCENTE

Ente organizzatore

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

5. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) CORSO CONGRESSO CONVEGNO
 EVENTO FORMATIVO _____

In qualità di RELATORE DOCENTE

Ente organizzatore

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

6. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) CORSO CONGRESSO CONVEGNO
 EVENTO FORMATIVO _____

In qualità di RELATORE DOCENTE

Ente organizzatore

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

7. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) CORSO CONGRESSO CONVEGNO
 EVENTO FORMATIVO _____

In qualità di RELATORE DOCENTE

Ente organizzatore

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

DA PRODURRE IN ORIGINALE O IN COPIA LEGALE O AUTENTICATA AI SENSI DI LEGGE:

- **Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la propria attività ed alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime;**
- **Tipologia delle prestazioni effettuate dal candidato anche con riguardo all'attività/casistica trattata nei precedenti incarichi, misurabile in termini di volume e complessità (le casistiche devono essere riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione nella G.U. della Repubblica Italiana dell'avviso per l'attribuzione dell'incarico e devono essere certificate dal Direttore Sanitario sulla base della attestazione del dirigente di secondo livello Responsabile del competente Dipartimento o Unità operativa dell'Unità Sanitaria Locale o dell'Azienda Ospedaliera).**

Elenco di tutte le pubblicazioni da allegare, specificando le 5 presentate per la valutazione (produzione scientifica strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere):

1.
.....
2.
.....
3.
.....
4.
.....
5.
.....

Indicare: Tipologia pubblicazione, titolo, autore o co-autore, rivista, editore, anno di pubblicazione, numero volume/fascicolo, pagine.

Altre esperienze professionali **attinenti** all'incarico da ricoprire:

Non si valutano idoneità e tirocini né partecipazioni a convegni, congressi e seminari.

Si invitano i candidati a non effettuare le relative dichiarazioni.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

di essere portatore di handicap e, pertanto chiede di poter usufruire, ai sensi dell'art. 20 della legge 104/1992 e ss.mm.ii., durante le prove:

- a. dell'ausilio di _____ ;
- b. dei tempi aggiuntivi di _____ ;
- di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nel bando relativo alla selezione in oggetto;
 - di aver preso visione del profilo oggettivo e soggettivo che caratterizza la struttura complessa in argomento;
 - di essere consapevole che prima della nomina del candidato prescelto, i curricula inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio, verranno pubblicati sul sito internet aziendale;
 - di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all'Azienda ATS, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico;
 - di essere informato che ogni comunicazione relativa alla presente selezione verrà fatta all'indirizzo P.E.C. indicato.

Luogo, data _____

Firma _____

Allega alla presente:

- curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- dichiarazione sostitutiva di certificazioni;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia;
- elenco descrittivo, datato e firmato, dei documenti e titoli presentati, numerato progressivamente;
- documentazione della Direzione Sanitaria attestante la tipologia delle istituzioni dove è stato prestato il servizio;
- documentazione della Direzione Sanitaria attestante la tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate;
- l'elenco completo di tutte le pubblicazioni e cinque lavori**, a propria scelta, selezionati in relazione al periodo di pubblicazione, all'importanza ed all'attinenza con la struttura da dirigere.
- copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità in corso di validità.

Fac simile
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome)

nato a (luogo) (prov.)

_____ (_____) il _____

residente a (luogo) (prov.) (indirizzo)

_____ (_____) in Via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di prestare (o aver prestato) servizio:

Ente _____ (specificare se struttura pubblica o privata/ convenzionata con S.S.N.)
con sede in _____ dal _____ al _____
_____, con la qualifica di _____ nella disciplina di _____
_____ con rapporto di lavoro (dipendente/libero
professionale/co.co.co./etc.,) _____ a tempo (determinato/indeterminato,
pieno/parziale) _____ o con impegno settimanale pari a ore _____, concluso per
_____ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del
contratto, dimissioni...);

ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente)

non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente)

di prestare (o aver prestato) servizio:

Ente _____ (specificare se struttura pubblica o privata/ convenzionata con S.S.N.)
con sede in _____ dal _____ al _____, con la
qualifica di _____ nella disciplina di _____
_____ con rapporto di lavoro (dipendente/libero
professionale/co.co.co./etc.,) _____ a tempo (determinato/indeterminato,
pieno/ parziale) _____ o con impegno settimanale pari a ore _____, concluso per
_____ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del
contratto, dimissioni...);

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda per la Tutela della Salute Sardegna, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

(luogo, data) _____ **Il Dichiarante** _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all'ufficio competente.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all'Azienda ATS, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico.

(Luogo, data) _____ **Il Dichiarante** _____

Fac simile

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA
(Artt. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome)

nato a (luogo) (prov.)

_____ (_____) il _____

residente a (luogo) (prov.) (indirizzo)

_____ (_____) in Via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

dell'atto/documento _____

conservato/rilasciato dalla amministrazione pubblica

è conforme all'originale in possesso di

_____;

oppure

di essere a conoscenza del fatto che la pubblicazione dal titolo

edito da _____, riprodotto per intero/estratto da pag. _____ a pag. _____ e quindi composta di n° _____ fogli, è conforme all'originale in possesso di

_____;

oppure

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia del titolo di studio

_____ rilasciato da

_____ è conforme all'originale in possesso di

_____;

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda per la Tutela della Salute Sardegna, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

(Luogo, data) _____ **Il Dichiarante** _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all'ufficio competente.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all'Azienda ATS, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico.

(Luogo, data) _____ **Il Dichiarante** _____