Al Direttore

SC Sviluppo Risorse Umane e Relazioni Sindacali - ATS Sardegna

Via Piero della Francesca, 1

Località Su Planu

09047 Selargius – Cagliari

|  |
| --- |
| 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:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**C H I E D E**

di partecipare alla PUBBLICA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DELL’ INCARICO A TEMPO DETERMINATO DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA – DISCIPLINA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO - PROFILO PROFESSIONALE MEDICI – RUOLO SANITARIO – PER LA DIREZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO DI AREA OMOGENERA – ASSL ORISTANO AFFERENTE AL DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITÀ DEI PRESIDI OSPEDALIERI (DAP)

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 nato/a a……………………………………………….il ………………………………………..; |
|  | essere in possesso della cittadinanza…………………………………………………………………….**;** |
|  | *Solamente per i cittadini non italiani:*godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza  🞏 SI 🞏 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:di 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 pensale (delitti contro la pubblica amministrazione)* |
|  | ***Requisito d’ammissione***essere in possesso della **Laurea** in ……………………………………….....................……………………..conseguito in data……………………………………………………………...........……………………………presso l’Università di………………………………………………………………………………………………sita in……………………………………………………………………………….............……………………... |
|  | essere iscritto all’**albo dell’ordine degli medici** della Provincia/Regionedi………………………. …….dal…………………………………………………… N° di Icrizione ………………………………………….. |
|  | essere i possesso della seguente **specializzazione**:1) Disciplina: …………………………. …………….………………………………………………….. conseguita in data……………………….presso l’Università di………………………………………...2) Disciplina:…………………………………………………………………………………………….. conseguita in data……………………….presso l’Università di………………………………………... |
|  |  ***Requisito d’ammissione***di 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…………………………………………………………………….con rapporto a tempo: determinato indeterminatotipologia: definito pieno impegno ridotto al \_\_\_\_\_\_\_\_% per ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_settimanalipresso: (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 duplicando il riquadro ad ogni variazione)** |
|  | **avere prestato servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di:**profilo professionale:…………………………………………………………………………………..disciplina:………………………………………………………………………………………………dal………………………………al…………………………………………………………………….con rapporto a tempo: determinato indeterminatotipologia: definito pieno impegno ridotto al \_\_\_\_\_\_\_% per ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_settimanalipresso: (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 duplicando il riquadro ad ogni variazione)** |
|  | **avere prestato servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di:**profilo professionale:…………………………………………………………………………………..disciplina:………………………………………………………………………………………………dal………………………………al…………………………………………………………………….con rapporto a tempo: determinato indeterminatotipologia: definito pieno impegno ridotto al \_\_\_\_\_\_\_\_% per ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_settimanalipresso: (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 duplicando il riquadro ad ogni variazione)** |
|  | **Ambiti di autonomia professionale:** (in questa sezione indicare gli incarichi dirigenziali assegnati - ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa…)tipo di incarico…………………………………………………………………………………………….dal ……………...al ……………………………………………………………………………………….presso………………………………………………………………………………………………………descrizione attività svolta…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….tipo di incarico…………………………………………………………………………………………….dal ……………...al ……………………………………………………………………………………….presso………………………………………………………………………………………………………descrizione attività svolta……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...............tipo di incarico…………………………………………………………………………………………….dal ……………...al ……………………………………………………………………………………….presso………………………………………………………………………………………………………descrizione attività svolta……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
|  | **aver svolto le seguenti attività professionali con rapporto di lavoro non subordinato, in qualità di:**profilo professionale:…………………………………………………………………………………..disciplina:………………………………………………………………………………………………dal………………………………al…………………………………………………………………….con rapporto a tempo: determinato indeterminato libero professionale autonomo collaborazionetipologia: definito pieno impegno ridotto al\_\_\_\_\_\_\_\_% per ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_settimanalipresso: (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 duplicando il riquadro ad ogni variazione)** |
|  | **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 **quindici giorni**, con esclusione dei tirocini obbligatori)dal ……………...al ……………………………………………………………………………………….presso………………………………………………………………………………………………………descrizione attività svolta…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….dal ……………...al ……………………………………………………………………………………….presso………………………………………………………………………………………………………descrizione attività svolta……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
|  | di aver conseguito **l’Attestato di formazione manageriale:**presso……………………………………………………………………………………………………..anno……………………………………………………………………………………………………… |
|  | **Specifici corsi di formazione manageriale:**dal ……………...al ……………………………………………………………………………………….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 …………………………………………………………………..a.a………………………………………………………………………………………………………….n° ore………………………………………………………………………………………………………presso………………………………………………………………………………………………………corso per il conseguimento del titolo di …………………………………………………………………..materia/insegnamento……………………………………………………………………………………..a.a.…………………………………………………………………………………………………………n. ore………………………………………………………………………………………………………presso………………………………………………………………………………………………………corso per il conseguimento del titolo di …………………………………………………………………..materia/insegnamento……………………………………………………………………………………..a.a.…………………………………………………………………………………………………………n. ore……………………………………………………………………………………………………… |
|  | **Casistica di specifiche esperienze e attività professionali (*riferita all’ultimo decennio*),** allegata:dal ……………...al ……………………………………………………………………………………….presso……………………………………………………………………………………………………… |
|  | **Elenco di tutte le pubblicazioni, specificando le 5 presentate per la valutazione (**produzione scientifica strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere):* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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, pertanto si invitano i candidati a non effettuare le relative dichiarazioni.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  | indicare l’indirizzo presso il quale effettuare ogni comunicazione relativa alla presente procedura    presso la propria residenza *oppure se diverso dalla residenza*   al seguente indirizzo presso ………………………………………………………………………………………..via…………………………………………………………………………………………….C.A.P. ……………………….città…………………………………………… prov………..L'Amministrazione non risponde per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato oppure da una mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali, telegrafici, via fax o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore. |

**Allega** alla presente domanda:

|  |  |
| --- | --- |
| ⁪ | **le casistiche di specifiche esperienze e attività professionali** attestate dalla Direzione medica competente, riferite **all’ultimo decennio** al fine della valutazione; |

|  |  |
| --- | --- |
| ⁪ | **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. In caso di presentazione in un numero maggiore di pubblicazioni saranno valutate esclusivamente le cinque pubblicazioni più recenti; |

|  |  |
| --- | --- |
| ⁪ | **L’elenco di eventuali documenti presentati;****copia non autenticata del documento di identità in corso di validità** |

 **Luogo e data FIRMA OBBLIGATORIA DEL CANDIDATO**

**----------------------------------------- --------------------------------------------------------------------**