All. A

Fac simile domanda

All’ARES Sardegna

Via Piero della Francesca, 1

09047 – Selargius (CA)

**PEC: avvisieincarichi.svilupporisumane@pec.aressardegna.it**

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

**C H I E D E**

**DI ESSERE AMMESSO A PARTECIPARE ALLA SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DELL’INCARICO DI RESPONSABILE DELLA MEDICINA PENITENZIARIA AFFERENTE AL DIPARTIMENTO OSPEDALE-TERRITORIO DELLA ASL N. 8 DI CAGLIARI, A TEMPO DETERMINATO, DI DURATA TRIENNALE, CON OPZIONE DI RINNOVO, EX ART. 15 SEPTIES, COMMA 1, DEL D. LGS. N. 502/1992 E SS.II.MM..**

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”

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 E S.M.I.

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’

DICHIARA DI:

|  |  |
| --- | --- |
|  | essere in possesso della cittadinanza italiana;o 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:essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva 🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata) |
|  | aver riportato condanne penali🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata)se SI, indicare quali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;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 indicare il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |
|  | aver procedimenti penali pendenti 🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata)se SI, indicare quali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |
|  | 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) |
|  | essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall’impiego presso pubbliche amministrazioni per persistente insufficiente rendimento;🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata) |
|  | essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia……………………………………….....................……………………………………….………………………...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……………….…………………………..……….sita in……………………………………………………………………………….............……………………......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……………….…………………………..……...sita in……………………………………………………………………………….............……………………......e che la durata della stessa è stata pari ad anni …… e che l'immatricolazione è avvenuta in data ……….………..; **di non essere titolare di trattamento di quiescenza** |
|  | essere in possesso **dell’anzianità di servizio** di anni ………………………..……………………………………..nella disciplina di ………………………………………………..…. come di seguito specificato:......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
|  | **Di essere attualmente in servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di** profilo professionale:……………………………………………………………………………………………….disciplina:…………………………………………………………………………………………………………...dal……………………………… (indicare giorno, mese, anno) a tutt’oggi con rapporto a tempo: determinato indeterminatotipologia: definito pieno impegno ridotto al \_\_\_\_\_\_\_% per ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_settimanalipresso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)……………………………………………………………………… P.O./Stabilimento Ospedaliero……...………………………………………………………………………………di (località)…………………………….via……………………………………………………….………………..con interruzione dal servizio *(ad es per aspettative senza assegni):*dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_motivo…………………………………………………………………..…**(indicare esattamente la qualifica rivestita)** |
|  | **Di 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 indeterminatotipologia: definito pieno impegno ridotto al \_\_\_\_\_\_\_% per ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_settimanalipresso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)………………………………………………………………………di (località)…………………………….via……………………………………………………….………………..P.O./Stabilimento Ospedaliero……...……………………………………………………………………………... 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)** |
|  | **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_settimanalipresso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)………………………………………………………………………di (località)……………………………………...…..via……………………………………………………….…. |
|  | **Specifici corsi di formazione manageriale o Master Universitari o altro titolo ritenuto rilevante ai fini del conferimento dell’incarico (per i master universitari indicare se primo/secondo livello - in caso di omessa indicazione sarà valutato come corso di formazione):**titolo …………………………………………………………………………………………………………………dal…………………. al…………………………… (indicare giorno/mese/anno)presso………………………………………………………………………………………………………………contenuti del corso …………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………titolo ………………………………………………………………………………………………………………dal…………………. al…………………………… (indicare giorno/mese/anno)presso………………………………………………………………………………………………………………contenuti del corso …………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………… |
|  | Esperienze professionali **attinenti** all’incarico da ricoprire:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

□ 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:

* 1. dell’ausilio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
	2. dei tempi aggiuntivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nel bando relativo alla selezione in oggetto;
* 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’ARES, è finalizzato unicamente all’espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell’incarico.

Luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega alla presente:

□ curriculum formativo e professionale redatto in formato europeo, datato e firmato, reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva;

□ Dichiarazione sostitutiva di certificazioni di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

□ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

□ dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ elenco descrittivo, datato e firmato, dei documenti e titoli presentati, numerato progressivamente;

□ copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità in corso di validità.