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 indeterminato  tipologia: definito  pieno  impegno ridotto al \_\_\_\_\_\_\_% per ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_settimanali  presso: (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 indeterminato  tipologia: definito  pieno  impegno ridotto al \_\_\_\_\_\_\_% per ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_settimanali  presso: (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_settimanali  presso: (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.