

Spettabile
AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
38100 TRENTO - VIA DEGASPERI, 79

PUBBLICA SELEZIONE PER TITOLI E COLLOQUIO PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO - DIRIGENTE MEDICO - DISCIPLINA: MEDICINA TRASFUSIONALE.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
AUTOCERTIFICAZIONE DEI TITOLI**

Il/La sottoscritto/a

Cognome: Nome:

CHIEDE

di partecipare alla pubblica selezione per titoli e colloquio per assunzioni a tempo determinato quale
DIRIGENTE MEDICO - disciplina: MEDICINA TRASFUSIONALE.

A tal fine, 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:

- 1) di essere nato a il e di risiedere a
..... in via..... n.....
tel. cell.
- 2) di essere in possesso della cittadinanza
- 3) di essere in possesso del seguente codice fiscale : _____
- 4) PER I CITTADINI ITALIANI:
di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di

ovvero

di non essere iscritto / di essere stato cancellato (1) dalle liste elettorali per i seguenti motivi:

.....

PER I CITTADINI NON ITALIANI (cittadini degli stati membri dell'Unione Europea o italiani non appartenenti alla Repubblica):

di godere dei diritti civili e politici in Italia e nello Stato di appartenenza o di provenienza

5) di non avere riportato condanne penali / di avere riportato le seguenti condanne penali (1):

.....

.....

6) di essere / non essere (1) stato dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile

7) di essere in possesso di

- laurea in medicina e chirurgia - vecchio ordinamento, conseguita in data

presso l'Università degli Studi di

ovvero

- laurea della classe delle lauree specialistiche in Medicina e Chirurgia n. 46/S, conseguita in data

presso l'Università degli Studi di

8) di essere in possesso della specializzazione nella disciplina di (1):.....

.....

conseguita in data presso l'Università degli Studi di

..... con iscrizione nell'anno accademico.....

e durata legale del corso:

ovvero

- di essere esentato dal possesso della specializzazione per la partecipazione al concorso pubblico perché in servizio di ruolo nella disciplina di

alla data del 1 febbraio 1998 presso la seguente U.S.L. o Azienda Ospedaliera:

.....

9) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di

dal

10) di voler concorrere solo per le sedi di servizio sottoindicate, nel seguente ordine di preferenza (2):

- 1.....
- 2.....

11) che le copie allegate alla presente dichiarazione e contraddistinte con i numeri da a sono conformi agli originali.

non è necessario compilare i punti successivi se viene presentata la relativa documentazione

12) di avere conseguito (solo altri titoli oltre quelli richiesti per l'ammissione alla selezione, già dichiarati ai punti 7) e 8):

l'attestato di
il diploma di specializzazione in
la laurea in
altro
di durata (precisare le annualità o le ore)
presso: (Istituto scolastico)..... in data.....
di (località) via

13) di essere nella seguente posizione relativamente all'adempimento degli obblighi militari (1)

a) prestato servizio militare dal al in qualità di:
- militare di truppa con incarico di presso
.....
- sottufficiale con incarico di presso
.....
- ufficiale con incarico di presso.....
.....
a seguito di frequenza di corso Allievi Ufficiali di Complemento dal al
ovvero
di non aver prestato servizio militare perché.....
.....

14) di necessitare, per l'espletamento del colloquio, dell'ausilio di (3).....
..... come da verbale di data.....
rilasciato dalla commissione per l'accertamento dell'handicap istituita presso l'Azienda
.....

15) di non avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni (1):

ovvero

di aver prestato servizio presso le pubbliche amministrazioni come di seguito indicato:

profilo professionale:

disciplina:

con rapporto: subordinato altro (libero professionale, autonomo, collaborazione, ecc...)

a tempo: determinato indeterminato

tipologia: pieno
 parziale al % per ore settimanali

dal..... alconcluso per (scadenza incarico, dimissioni, ecc...)

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, ecc.)

di (località)..... via.....

con interruzione dal al per

con interruzione dal al per

16) di avere svolto le seguenti attività presso privati:

profilo professionale:

disciplina:

con rapporto: subordinato altro (libero professionale, autonomo, collaborazione, ecc...)

a tempo: determinato indeterminato

tipologia: pieno
 parziale al % per ore settimanali

dal..... al

presso:

di (località)..... via.....

convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale SI NO

con interruzione dal al per

con interruzione dal al per

17) di avere svolto attività di borsista quale.....

dal..... alnella divisione / unità operativa / servizio / ufficio / ecc

presso (Azienda Sanitaria, Ente, privati ecc.).....
di (località) via.....
con motivazione:
.....
conferita / finanziata da:
per n. ore settimanalitotali

18) di avere svolto attività di insegnamento / docenza nella materia di.....
.....
presso la Scuola per il conseguimento del titolo di:
dell' (Azienda Sanitaria, Ente, Istituto, ecc.).....
di (località) via
nell'anno scolasticoper ore

19) di avere frequentato volontariamente a titolo di aggiornamento professionale quale:.....
dal al nella divisione / unità operativa / servizio / ufficio / ecc
.....
presso:(Azienda Sanitaria, Ente, privati ecc)
di (località) via
per n. ore settimanalitotali

20) di avere partecipato quale uditore altro.....
al corso convegno congresso seminario
 altro

titolo del corso / convegno / ecc.
.....
.....

nel/i giorno/i a (località)
crediti ECM..... ore
senza prova / verifica finale con prova / verifica finale voto / giudizio

21) di avere presentato una relazione comunicazione
al corso convegno congresso seminario
 altro

titolo del corso / convegno / ecc.
.....
titolo della relazione/ comunicazione.....

.....
.....
nel/i giorno/ia (località)

22) di avere titolo a preferenza (4) in quanto (1)

- il sottoscritto si trova nella seguente situazione (*per i figli è sufficiente indicarne nome, cognome e data di nascita*)

.....
risultante dal documento
rilasciato da in data
ovvero

- il sottoscritto è familiare del / della Sig./Sig.ra
rapporto di parentela.....
nella seguente situazione.....
risultante dal documento
rilasciato da in data

23) spazio libero per altre dichiarazioni o per completare le dichiarazioni precedenti (in tal caso indicare il numero corrispondente e proseguire l'elencazione curando di seguire lo schema relativo, fornendo tutte le informazioni richieste; ove lo spazio fosse insufficiente proseguire su carta libera)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

24) di indicare il seguente recapito presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione:

Sig.
Via..... N.....
C.A.P. Comune Provincia.....

N.B.: Il candidato si impegna a comunicare le eventuali successive variazioni del suindicato recapito ed esonera l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità.

Il candidato dovrà indicare nelle autocertificazioni tutti i dati riguardanti modalità, tempi e tipologia ecc., delle attività seguendo gli schemi previsti. L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità per errori, inesattezze o incompletezza dei dati indicati, che potranno comportare conseguenze negative a livello di valutazione e di attribuzione di punteggio.

Alla domanda devono essere allegati:

la ricevuta del versamento della tassa di selezione di euro 3 (tre) da effettuarsi sul c.c.p. n. 15246382 intestato alla Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Sede Centrale - Servizio Tesoreria - Via Degasperi, 79 - 38100 TRENTO (TN);

un curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato;

l'eventuale documentazione comprovante requisiti e titoli non autocertificati con il presente modello;

un elenco in triplice copia ed in carta semplice, datato e firmato, dei documenti presentati.

Luogo e data _____

FIRMA

per esteso e leggibile

Documento d'identità _____

IL FUNZIONARIO ADDETTO

QUALORA LA PRESENTE DOMANDA NON VENISSE FIRMATA DAVANTI AL FUNZIONARIO ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE, DOVRÀ ESSERE ALLEGATA COPIA, ANCHE NON AUTENTICATA, DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ.

(1) Cancellare la dizione che non interessa e completare eventualmente la parte che interessa.

(2) Le sedi di servizio tra cui effettuare la scelta sono le seguenti:

- **Trento**
- **Rovereto**

Si rammenta che il candidato sarà inserito nelle sole graduatorie relative alle sedi di servizio per le quali dichiara di concorrere ovvero in tutte le graduatorie qualora non effettui alcuna scelta.

(3) Da compilare solamente da parte dei destinatari della legge 5 febbraio 1992, n. 104, indicando la data del relativo verbale rilasciato dalla commissione per l'accertamento dell'handicap e l'Azienda presso cui è istituita detta commissione.

(4) I titoli di preferenza sono: le vittime ed i familiari delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata; gli insigniti di medaglia al valor militare; i mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti; i mutilati ed invalidi per fatto di guerra; i mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato; gli orfani di guerra; gli orfani dei caduti per fatto di guerra; gli orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato; i feriti in combattimento; gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerosa; i figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti; i figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra; i figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato; i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti di guerra; i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra; i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico o privato; coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti; coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento; **i coniugati e i non coniugati con riguardo al numero dei figli a carico**; gli invalidi ed i mutilati civili; militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma; coloro che abbiano prestato lodevole servizio nelle amministrazioni pubbliche; la minore età. Il lodevole servizio prestato presso amministrazioni diverse dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento deve essere attestato dall'Amministrazione interessata.