

Fac-simile domanda di ammissione

**AL DIRETTORE GENERALE
ASST GRANDE OSPEDALE
METROPOLITANO NIGUARDA
PIAZZA OSPEDALE MAGGIORE, 3
20162 MILANO**

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

nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____
(luogo e provincia)

cap _____ telefono _____ cellulare _____
e-mail _____

CODICE FISCALE

CHIEDE

di essere ammesso all' **AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO QUINQUENNALE DI N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA – DISCIPLINA DI CHIRURGIA PEDIATRICA, AREA CHIRURGICA E DELLE SPECIALITÀ CHIRURGICHE PER LA S.C. CHIRURIGIA PEDIATRICA.**

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti generali richiesti dal bando:

- cittadinanza italiana ovvero _____
- iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
- di non avere riportato condanne penali
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego, ovvero licenziato da pubbliche amministrazioni
- di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione _____

di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

- laurea in _____ conseguita in data _____ presso _____
- abilitazione alla professione di _____ conseguita in data _____ presso _____
- iscrizione all'albo _____ della Provincia di _____ al n. _____
- diploma di specializzazione in _____ conseguito il _____ presso _____ durata legale del corso anni _____

- anzianità di servizio di anni _____ maturata nella disciplina di _____
- attestato di formazione manageriale conseguito il _____ presso _____
ovvero
- di riservarsi di conseguire l'attestato di formazione manageriale entro un anno dall'inizio dell'incarico qualora conferito
- di prestare attualmente servizio con rapporto di lavoro subordinato presso la seguente Pubblica Amministrazione:
- Azienda/Ente _____
nel profilo di _____ disciplina di _____
a tempo indeterminato determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno

che l'indirizzo al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura è il seguente:

Via _____ n. _____
Comune _____ CAP _____
PEC _____

DICHIARA

- di aver preso visione del profilo professionale che caratterizza la struttura complessa in argomento, allegato e pubblicato sul sito www.ospedaleniguarda.it – Lavora con noi - Concorsi;
- di essere consapevole dell'obbligo, in caso di variazione di indirizzo, di comunicazione all'Azienda, la quale non si assume responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso il recapito comunicato;
- 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 acconsentire, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, per le finalità e nei limiti di cui al bando e subordinatamente al puntuale rispetto della vigente normativa.

data _____ firma _____

Il/la sottoscritto/a allega alla presente domanda:

- curriculum formativo e professionale;
- tipologia delle Istituzioni;
- tipologia quali-quantitativa delle prestazioni;
- copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità;
- tassa di concorso.

**AL DIRETTORE GENERALE DELL' ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
NIGUARDA
PIAZZA OSPEDALE MAGGIORE, 3 - 20162 MILANO**

Il/La sottoscritto/a (cognome).....(nome).....
(scrivere in stampatello indicando anche secondi nomi non separati da virgola)

DICHIARA

- sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

di essere in possesso della Laurea in
conseguita in data.....
presso l'Università degli Studi di

Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia

Riconoscimento a cura delin data

di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo
conseguita in data
presso

di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici della Provincia di.....
dal.....n° di iscrizione.....

di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione:

Denominazione:
conseguito in data.....presso l'Università di.....
ai sensi del D.Lgs. 257/1991 D.Lgs. 368/1999 durata anni

Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia

Riconoscimento a cura del.....in data

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:

profilo professionale disciplina
dal al
dal al
dal al

con rapporto determinato indeterminato
 a tempo pieno con impegno ridotto, ore settimanali

con interruzione dal servizio (*ad es. per aspettative, congedi senza assegni*):
dalal(indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto

Incarico dirigenziale e relative competenze con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzione di direzione (ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa)

tipologia di incarico.....
dalal
presso UOC.....,
descrizione attività svolta.....
.....
.....

presso (Azienda Sanitaria, Ente, Struttura privata, ecc.)

.....
di – via n.
(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

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

Tipologia della Azienda/Ente in cui è stata svolta la predetta attività (dichiarazione rilasciata dalla Direzione Sanitaria della Struttura)
.....

Tipologia delle prestazioni erogate dall'Azienda/Ente medesima (dichiarazione rilasciata dalla Direzione Sanitaria della Struttura)

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

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato nell'ultimo decennio,
(certificate dal Direttore Sanitario dell'Azienda/Ente/Istituzione di appartenenza)
.....
.....
.....

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale

dalal
presso.....
contenuti del corso.....

dalal
presso.....
contenuti del corso.....

Altre Specializzazioni, Laurea, Master e Corsi di perfezionamento:

Laurea inconseguita in data
 presso l'Università degli Studi di

Specializzazione inconseguita in data
 presso l'Università degli Studi di

Master inconseguito in data
 presso

Corso di perfezionamento inconseguito in data
 presso

Soggiorni di studio/addestramento

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

presso di
(prov. ...) – via , n.
 dal al (indicare giorno/mese/anno)
 con impegno settimanale pari a ore

dal al (indicare giorno/mese/anno)
 con impegno settimanale pari a ore
 (duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di lauree o di specializzazioni dei profili medici o della dirigenza sanitaria nonché delle professioni sanitarie ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario – esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi)

presso.....
 nell'ambito del Corso di
 insegnamento a.a.
 ore docenza(specificare se complessive o settimanali)

Partecipazione quale uditore a corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all'estero

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ECM

(aumentare le righe se insufficienti)

Partecipazione in qualità di relatore ai seguenti corsi, convegni, congressi anche effettuati all'estero

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ECM

Autore dei seguenti **lavori scientifici** – riferiti all’ultimo decennio – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, rivista/pubblicazione, anno pubblicazione) **allegati in originale o in copia conforme**

1 -
.....
.....

2 -
.....
.....

3 -
.....
.....

(aumentare le righe se insufficienti)

Collaborazione alla redazione dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

1 -
.....
.....

2 -
.....
.....

(aumentare le righe se insufficienti)

Altre attività

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

(aumentare le righe se insufficienti)

Dichiara, infine, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003, per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e allega copia di documento di identità (carta d’identità o passaporto) in corso di validità.

Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

Li _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi

(ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 come modificato dall'art. 15 della Legge 12.11.2011 n. 183)

Io sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(comune/stato estero) (prov.) (data)

residente a _____ (_____)
(comune di residenza) (prov.)

in via/piazza _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e della decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R.

DICHIARO

che le copie allegare alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale sono conformi all'originale.

Di seguito si elencano le copie dei documenti che vengono prodotte:

Dichiaro altresì di essere informato che ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003, per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo i dati personali raccolti saranno trattati nell'ambito della procedura selettiva cui la dichiarazione di cui sopra si riferisce.

(luogo e data)

(firma del dichiarante)