

**AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIMINI**  
**Via Coriano, 38 47924 Rimini (RN)**

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso/a al **concorso pubblico per titoli ed esami** per :

**N. 2 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA: GINECOLOGIA E OSTETRICIA**

A TAL FINE IL/LA SOTTOSCRITTO/A, AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR N. 445 DEL 28.12.2000, E S.M.I., CONCERNENTI LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA', PREVENTIVAMENTE AMMONITO/A CIRCA LA RESPONSABILITÀ PENALE CUI, AI SENSI DELL'ART. 76 DEL DPR N. 445 DEL 28.12.2000, PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI FALSITÀ IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

**DICHIARA**

(Attenzione è **OBBLIGATORIO** compilare gli spazi vuoti e barrare le caselle corrispondenti alla scelta):

**A) di essere nato/a** a (Comune) \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in

Via \_\_\_\_\_

(città) \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

**B) che l'indirizzo** al quale deve essere fatta **ogni necessaria comunicazione** relativa al presente concorso e' il seguente:

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_ recapito

telefonico (1) \_\_\_\_\_ recapito telefonico (2) \_\_\_\_\_

**C) di essere in possesso della cittadinanza** \_\_\_\_\_

**D)**  di essere **iscritto nelle liste elettorali** del Comune di \_\_\_\_\_

ovvero:

di **non essere iscritto nelle liste elettorali** per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

I cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea devono inoltre dichiarare:

di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza

di avere adeguata conoscenza della lingua italiana

**E)**  di **non avere riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali pendenti**

ovvero:

di avere riportato le seguenti **condanne penali** e/o di avere i seguenti **procedimenti penali pendenti** ( **precisare gli artt. del Codice Penale e di Procedura Penale**): \_\_\_\_\_

**(N.B. da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono e perdono giudiziale, beneficio non menzione);**

**F) Di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia** conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

titolo di studio rilasciato all'estero \_\_\_\_\_ equiparato all'analogo titolo di studio conseguito in Italia,

ricosciuto equiparato con provvedimento/decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

rilasciato dal \_\_\_\_\_ (indicare autorità che ha rilasciato il

provvedimento)

**G) di essere in possesso dell' abilitazione** all'esercizio della professione medica conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**H) di essere in possesso della specializzazione** in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università

degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

conseguita ai sensi del D.Lgs 257/91 durata anni \_\_\_\_\_

non conseguita ai sensi del D.Lgs 257/91

ovvero:

specializzazione conseguita all'estero \_\_\_\_\_ equiparata all'analogo titolo di studio conseguito in Italia, riconosciuto equiparato con provvedimento/decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato dal \_\_\_\_\_ (indicare autorità che ha rilasciato il provvedimento)

I) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine Professionale dei Medici-Chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ alla posizione n° \_\_\_\_\_

L)  di avere effettuato il servizio militare di leva o servizio civile dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con mansioni di \_\_\_\_\_

ovvero

di essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione: \_\_\_\_\_

M)  di **non avere prestato** servizio presso Pubbliche Amministrazioni

ovvero:

di **avere prestato** servizio (**solo a rapporto di dipendenza a tempo determinato ed indeterminato**) presso Pubbliche Amministrazioni (dichiarare dettagliatamente anche nel curriculum):

DENOMINAZIONE ENTE (indicare per esteso): \_\_\_\_\_

Sede legale di (indicare indirizzo completo) \_\_\_\_\_

qualifica di Dirigente Medico nella disciplina di \_\_\_\_\_

Tempo determinato/indeterminato (Cancellare l'ipotesi che non interessa)

dal (indicare giorno/mese/anno) \_\_\_\_\_ al (indicare giorno/mese/anno) \_\_\_\_\_

A TEMPO PIENO

A PART-TIME

A TEMPO DEFINITO

N. ore settimanali \_\_\_\_\_

N. ore settimanali \_\_\_\_\_

Schema da riprodurre per **ogni rapporto lavorativo**

N)  di avere **diritto alla riserva** del posto ai sensi della seguente normativa \_\_\_\_\_ per il seguente motivo: \_\_\_\_\_ (allegare attestazioni come indicato nel bando)

O)  di avere **diritto alla preferenza**, in caso di parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5 DPR 487/94 per il seguente motivo (esempio: n. figli a carico, invalidità ecc): \_\_\_\_\_ (allegare attestazioni come indicato nel bando)

P)  di avere necessità in quanto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della l. 104/92 del seguente ausilio (indicare il tipo di ausilio necessario) \_\_\_\_\_ e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi.

Q) di prestare consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs 196/03) e di aver preso visione dell'informativa sulla tutela dei dati personali ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003

R) **consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, dichiara che il contenuto del CURRICULUM VITAE allegato è veritiero e che tutti i documenti riprodotti in copia semplice, allegati alla presente domanda di partecipazione, sono conformi ai corrispondenti originali in possesso del/la sottoscritto/a**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(leggibile e per esteso)

Documenti da allegare in carta semplice:

1. **COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ;**

2. **CURRICULUM** FORMATIVO E PROFESSIONALE REDATTO IN CARTA SEMPLICE **DATATO E FIRMATO**

Attenzione! Senza firma non VIENE VALUTATO

PER TUTTE LE ATTIVITÀ PROFESSIONALI **SONO OBBLIGATORIAMENTE** DA INDICARE:

- NOMINATIVO DATORE DI LAVORO + INDIRIZZO (per le Case di Cura indicare se accreditate o non accreditate)
- QUALIFICA (indicare la disciplina di inquadramento)
- TIPOLOGIA CONTRATTUALE (contratto LP- CoCoCo- dipendente ecc)
- DATA INIZIO/DATA FINE ATTIVITÀ (giorno/mese/anno)
- TEMPO PIENO O TEMPO PARZIALE (indicare orario settimanale) o TEMPO DEFINITO

3. **ELENCO NUMERATO** di tutti i documenti e titoli presentati, REDATTO IN DUPLICE COPIA, **DATATO E FIRMATO**

4. **DOCUMENTI** ( in originale o in fotocopia autocertificata) **numerati come da elenco**

5. **PUBBLICAZIONI** (devono essere allegare in originale o in copia autocertificata e non solo elencate) e **numerate come da elenco**