

**USC POLITICHE E GESTIONE DEL PERSONALE**  
**USS Acquisizione e Gestione del Personale**

Bergamo, 19 maggio 2015

**AVVISO PUBBLICO**

**per titoli e prova orale, per la costituzione di rapporti di lavoro a tempo determinato nel profilo professionale di:**

**Dirigente Medico**  
**disciplina: CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA**  
**(Area Chirurgica e delle Specialità Chirurgiche)**

=====

In esecuzione della deliberazione n. 627 del 16.4.2015 l'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo emana un avviso pubblico per la costituzione di rapporti di lavoro a tempo determinato nel profilo professionale sopra indicato.

**1) TERMINE DI PRESENTAZIONE**

La domanda di ammissione dovrà essere indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Papa Giovanni XXIII" - Piazza OMS 1 - 24127 Bergamo, e pervenire **entro il giorno 9 giugno 2015**. Detto termine è perentorio.

**2) REQUISITI GENERALI E SPECIFICI PER L'AMMISSIONE**

(Artt. 1 e 24 D.P.R. 10.12.1997 n. 483)

Per l'ammissione all'avviso sono prescritti i seguenti requisiti generali e specifici:

- a) Cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle Leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea, sono ammessi altresì i familiari, di cittadini comunitari, non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente. Sono altresì ammessi i cittadini di Paesi terzi che siano titolari di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (art. 9 del D.Lgs. 25.7.1998 n. 286) o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria, e passaporto in corso di validità o altro documento equipollente;
- b) Idoneità specifica alla mansione: l'accertamento dell'idoneità specifica alla mansione è effettuato a cura dell'Azienda Ospedaliera, con l'osservanza delle norme in tema di categorie protette, l'idoneità è verificata nel rispetto delle norme che regolano le singole fattispecie;
- c) Laurea in Medicina e Chirurgia;

- d) Iscrizione nell'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi. L'iscrizione al corrispondente Albo professionale del proprio Paese di provenienza consente la partecipazione all'avviso pubblico, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio;
- e) Diploma di specializzazione nella disciplina di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva o, ai sensi dell'art. 56 - comma 1 - del D.P.R. n. 483/1997, in specializzazioni riconosciute equipollenti dalle tabelle del Decreto Ministeriale in data 30 gennaio 1998 e s.m.i., nonché in specializzazioni riconosciute affini dalle tabelle del Decreto Ministeriale 31 gennaio 1998 e s.m.i., ove esistenti, ai sensi dell'art. 15, comma 7, del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i..

Il personale in servizio di ruolo alla data dell'1.2.1998 presso altre Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, con inquadramento nella qualifica e disciplina messa a concorso, è esentato dal requisito della specializzazione nella stessa disciplina ai fini dell'ammissione e partecipazione all'Avviso, ai sensi dell'art. 56 - comma 2 - del D.P.R. n. 483/1997.

**Il candidato dovrà specificare se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. 8.8.1991, n. 257 e del D.Lgs. 17.8.1999 n. 368, come pure la durata del Corso di specializzazione. La specializzazione conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/1991 e del D.Lgs. 368/1999, anche se fatta valere come requisito di ammissione, verrà valutata tra i titoli di carriera come servizio prestato nel livello iniziale del profilo a concorso nel limite massimo della durata del Corso di specializzazione, secondo il disposto dell'art. 45 del già citato D.Lgs. 368/1999 in conformità alla nota del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali prot. n. 0017806 DGRUPS/1.8 d.n. 1/1 dell'11.3.2009.**

- f) Non possono accedere al posto messo a concorso coloro che siano esclusi dall'elettorato attivo, nonché coloro che siano stati dispensati dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per avere conseguito l'impiego mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

I cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea o di Paese non comunitario devono possedere i seguenti requisiti:

- a) godere dei diritti civili e politici anche negli stati di appartenenza o di provenienza;
- b) avere adeguata conoscenza della lingua italiana. La Commissione esaminatrice accerterà l'adeguata conoscenza della lingua italiana in analogia a quanto prescritto dal D.P.C.M. 7 febbraio 1994, n. 174.

Tali requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente avviso.

La partecipazione all'avviso non è soggetta a limiti di età (fatto salvo il limite previsto per il collocamento a riposo d'ufficio) ai sensi dei commi 6 e 7 dell'art. 3 della Legge 15.5.1997, n. 127, e successive modifiche ed integrazioni.

### **3) REDAZIONE DELLA DOMANDA**

Nella domanda, redatta su carta semplice compilando il modello allegato, devono essere indicati:

- a) la data, il luogo di nascita e la residenza;
- b) il possesso della cittadinanza italiana o equivalente, come sopra specificato;
- c) il comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- d) le eventuali condanne penali riportate;
- e) i titoli di studio posseduti;
- f) la posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31.12.1985);
- g) gli eventuali servizi prestati presso pubbliche amministrazioni italiane e le cause di risoluzione dei precedenti rapporti di pubblico impiego;
- h) i titoli di precedenza e preferenza, ai fini dell'applicazione dell'articolo 5 del D.P.R. 487/94.
- i) l'accettazione, in caso di nomina, di tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico dei dipendenti del SSN;
- j) i candidati portatori di handicap, riconosciuti ai sensi della Legge 5.2.92, n. 104, possono specificare nella domanda l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per sostenere le previste prove d'esame, secondo le previsioni dell'art. 20 della citata Legge 104/92;
- k) i cittadini degli altri Stati dovranno, altresì indicare di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana.

Nella domanda di ammissione al presente avviso gli aspiranti devono indicare il domicilio, con il relativo numero di codice postale, presso il quale deve, ad ogni effetto, essergli fatta ogni necessaria comunicazione, un eventuale recapito telefonico ed un indirizzo di posta elettronica. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza. In caso di utilizzo del servizio PEC per l'invio dell'istanza, questo equivale ad elezione di domicilio informatico, come specificato al successivo punto 5).

I candidati hanno l'obbligo di comunicare le eventuali variazioni di indirizzo all'Azienda, la quale non assume alcuna responsabilità nel caso di loro irreperibilità presso l'indirizzo comunicato.

La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata, ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445. Alla domanda dovrà essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento di identità non scaduto del dichiarante. La mancata sottoscrizione della domanda, o l'omissione della fotocopia del documento di identità, costituisce motivo di esclusione dal presente avviso.

### **4) DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

Alla domanda di ammissione i candidati devono allegare i sottoindicati documenti:

- 1) Fotocopia di un valido documento di identità;

- 2) I titoli che conferiscono diritti di preferenza e precedenza nella nomina ai sensi dell'art. 5 del DPR 9.5.1994, n. 487, e successive modifiche in quanto compatibili;
- 3) Provvedimento di riconoscimento del Ministro della Salute dei titoli di studio conseguiti all'estero;
- 4) Per i cittadini di paese non comunitario il permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (art. 9 del D.Lgs. 25.7.1998 n. 286) e passaporto in corso di validità o altro documento equipollente;
- 5) Casistica operatoria, certificata dal Direttore Sanitario o dal Direttore Medico di Presidio e dal Direttore della Struttura Complessa di afferenza dell'Azienda;
- 6) Un curriculum formativo e professionale, redatto su carta semplice, in lingua italiana, datato e firmato dal candidato; il curriculum ha unicamente uno scopo informativo e le attività ivi dichiarate saranno prese in esame solo se debitamente documentate tramite gli allegati alla domanda di partecipazione;
- 7) Tutte le documentazioni o dichiarazioni sostitutive relative ai titoli e servizi che il candidato riterrà opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formulazione di graduatoria; a tale proposito si specifica che:
  - i corsi di aggiornamento e l'attività di docente o relatore valutabili nel curriculum professionale dovranno essere stati conclusi non prima dell'1.1.2010;
  - eventuali pubblicazioni dovranno essere edite a stampa e pubblicate non prima dell'1.1.2010; non saranno valutate pubblicazioni manoscritte o dattilografate;
  - i Servizi sanitari prestati all'estero devono essere riconosciuti ai sensi della L. n. 735 del 10.7.1960. A tale scopo deve essere allegata copia del provvedimento di riconoscimento;
- 8) Un elenco dattiloscritto in carta semplice ed in duplice copia datato e firmato, analiticamente descrittivo di tutti i titoli e documenti presentati, in specie delle pubblicazioni, delle partecipazioni a corsi, convegni, seminari ecc.

Non è ammesso il riferimento a documentazione presentata per la partecipazione ad altro concorso od avviso indetti da questa Azienda.

Tutta la documentazione richiesta può essere presentata anche in originale o copia conforme.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di richiedere quelle integrazioni, rettifiche e regolarizzazioni di documenti che saranno ritenute necessarie, nonché di effettuare le verifiche di cui all'art. 71 del D.P.R. 445/2000.

La domanda dovrà tassativamente essere presentata compilando in ogni campo il modello allegato, senza riscriverlo.

Le autocertificazioni dovranno essere rese tassativamente utilizzando la modulistica allegata al modello di domanda.

Una compilazione incompleta o approssimativa, potrà comportare la non valutabilità dei titoli.

Non saranno considerate autocertificazioni rese in altra forma o secondo altro modello.

**N.B:** decorsi 120 giorni dalla pubblicazione della deliberazione di approvazione della graduatoria all'Albo Pretorio Aziendale, i candidati hanno l'obbligo di ritirare la documentazione allegata alla propria domanda di partecipazione, depositata presso l'USS Acquisizione e Gestione del Personale (Concorsi), ai recapiti sotto indicati. Tuttavia, in caso di contenzioso, la documentazione verrà trattenuta sino all'esito del giudizio. Non si assicura la conservazione della documentazione decorsi 180 giorni dalla conclusione della procedura.

## 5) MODALITA' DI PRESENTAZIONE

Le domande potranno essere presentate:

- mediante consegna a mano o agenzia di recapito autorizzata, direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda (Hospital Street - piano 0 - ingr. 35), nei seguenti orari:
  - da lunedì a giovedì: dalle 8.30 alle 15.30;
  - il venerdì: dalle 8.30 alle 14.00.Nei giorni festivi l'ufficio è chiuso.

L'USS Acquisizione e Gestione del Personale - Concorsi (Hospital Street - piano 0 - ingr. 2 - tel. 035/267 5001) è disponibile per chiarimenti sulla compilazione della domanda nei seguenti orari:

- da lunedì a giovedì: dalle 11.00 alle 12.30 e dalle 14.30 alle 15.30;
- il venerdì: dalle 11.00 alle 12.30.
- a mezzo servizio postale tramite raccomandata: in tal caso farà fede la data di spedizione, comprovata dal timbro a data dell'Ufficio postale accettante. Si considereranno comunque pervenute fuori termine, qualunque ne sia la causa, le domande presentate al servizio postale in tempo utile e recapitate a questa Azienda oltre sette giorni dal termine di scadenza;
- fatto salvo il rispetto di tutte le altre prescrizioni previste dal presente avviso, è consentita la modalità di invio della domanda e dei relativi allegati, **in unico file in formato PDF**, tramite **l'utilizzo della posta elettronica certificata tradizionale (PEC), esclusivamente** all'indirizzo mail [ufficioprotocollo@pec.hpg23.it](mailto:ufficioprotocollo@pec.hpg23.it).

A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di predisposizione dell'unico file PDF da inviare:

1. tramite la **PEC**: sottoscrizione con **firma digitale del candidato**, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;
- oppure*
2. tramite la PEC: sottoscrizione con firma autografa del candidato + scansione (compresa scansione di un valido documento di identità); in tal caso, il Segretario della Commissione esaminatrice provvederà a far firmare in originale al candidato,

prima del sostenimento del colloquio, la stampa di ogni foglio inviato, ad ogni conseguente effetto di legge.

L'invio tramite PEC, come sopra descritto, sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale.

Si precisa che, nel caso in cui il candidato scelga di presentare la domanda tramite PEC, come sopra descritto, il termine ultimo di invio da parte dello stesso, a pena di esclusione, resta comunque fissato nel giorno di scadenza dell'avviso.

In caso di utilizzo del servizio di PEC per l'invio dell'istanza, questo equivale automaticamente ad elezione del domicilio informatico per eventuali future comunicazioni da parte dell'Azienda nei confronti del candidato (art. 3 del D.P.C.M. 6 maggio 2009). In altri termini, l'indirizzo di PEC diventa il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'A.O. Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

**Le anzidette modalità di trasmissione elettronica della domanda e della documentazione di ammissione all'avviso, per il candidato che intenda avvalersene, si intendono tassative.**

#### **6) MODALITA' DI ATTRIBUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO**

L'attribuzione del rapporto di lavoro a tempo determinato di cui al presente avviso avverrà a seguito di valutazione dei titoli presentati/autocertificati dai candidati, nonché del sostenimento di una prova orale inerente la disciplina a concorso.

**La data e la sede di sostenimento della prova verranno rese note mediante pubblicazione di un avviso sul sito aziendale [www.hpg23.it](http://www.hpg23.it), nella sezione concorsi, accessibile dal link a fondo pagina, nella cartella Calendari prove concorsuali, non meno di 10 giorni prima dell'inizio della medesima.**

I candidati dovranno presentarsi muniti di idoneo documento di riconoscimento, in corso di validità.

I candidati, privi dei requisiti richiesti, saranno avvisati tempestivamente della loro esclusione dalla partecipazione al presente avviso.

La mancata partecipazione alla prova nel giorno prefissato, qualunque ne sia la causa, equivarrà a rinuncia alla partecipazione.

La valutazione dei titoli e della prova orale, verrà effettuata da una apposita Commissione, così costituita:

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Direttore/Responsabile della disciplina oggetto del concorso, preposto alla Struttura/Dipartimento e/o nell'ambito dell'area</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Presidente</li></ul> |
|--|--|

|   |              |
|---|--------------|
| • Dirigente medico della disciplina a concorso o equipollente | • Componente |
| • Dirigente medico della disciplina a concorso o equipollente | • Componente |
| • Funzionario amministrativo dell'Azienda Ospedaliera         | • Segretario |

Per la valutazione dei titoli e della prova orale, la Commissione esaminatrice dispone di:

a) Valutazione titoli punti 20 così ripartiti:

- Titoli di carriera: punti 10
- Titoli accademici e di studio: punti 3
- Pubblicazioni e titoli scientifici: punti 3
- Curriculum formativo e professionale: punti 4

b) Prova orale punti 20:

Il superamento della prova orale è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 14/20.

La graduatoria dei candidati sarà approvata con deliberazione del Direttore generale dell'Azienda Ospedaliera e terrà conto del diritto di preferenza e precedenza nella nomina, di cui ai commi 4 e 5 dell'art. 5 del D.P.R. n. 487/94 e successive modificazioni ed integrazioni. In caso di ulteriore "ex aequo" verrà preferito il candidato più giovane, ai sensi dell'art. 2 comma 9 della Legge n. 191/1998.

**La deliberazione di approvazione della graduatoria sarà pubblicata per 15 giorni all'Albo Pretorio on-line e sarà consultabile nel sito [www.hpg23.it](http://www.hpg23.it): tale pubblicazione varrà quale comunicazione agli interessati dell'esito dell'avviso.**

La graduatoria sarà altresì pubblicata sul sito aziendale [www.hpg23.it](http://www.hpg23.it), nella sezione concorsi, accessibile dal link a fondo pagina, nella cartella Graduatorie di concorsi e avvisi.

Il vincitore dell'avviso sarà tenuto, ai fini dell'assunzione, a sottoscrivere il contratto individuale di lavoro.

Vengono garantite pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro come previsto dall'art. 35 c. 3 lett. C) del D.Lgs. 30.3.2001 n. 165.

Per quanto non esplicitamente previsto nel presente avviso pubblico si richiamano le disposizioni normative in materia, nonché il vigente C.C.N.L. per l'area della Dirigenza medica del Servizio Sanitario Nazionale.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di modificare, prorogare i termini, sospendere od annullare il presente avviso. Eventuali decisioni in tal senso verranno rese note mediante pubblicazione di un avviso sul sito aziendale - sezione "Concorsi".

**7) INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. N. 196 del 30.6.2003**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.6.2003, si precisa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nella piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza; il trattamento dei dati ha la finalità di consentire l'accertamento dell'idoneità dei concorrenti a partecipare alla presente procedura.

I dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza presentata e per le finalità ad essa connesse; il trattamento dei dati è effettuato con strumenti sia cartacei che informatici.

I dati potranno essere comunicati a coloro che risulteranno titolari di un diritto di accesso agli atti del procedimento, nonché pubblicati per gli effetti del D.Lgs. n. 33 del 14.3.2013.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla procedura. La presentazione della domanda di partecipazione al presente avviso equivale a manifestazione di consenso al trattamento dei dati, nelle modalità previste dalla legge.

Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore dell'USC Politiche e gestione del personale.

Successivamente all'eventuale istituzione del rapporto di lavoro i dati del candidato prescelto saranno trattati presso una banca dati automatizzata, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

In ogni momento l'interessato può esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsto dall'art. 7 del predetto D.Lgs. n. 196/2003.

Ai sensi e per gli effetti di cui alla L. n. 241 del 7.8.1990, si informa che il responsabile del procedimento relativo al presente avviso è la dr.ssa Giuliana Bertocchi, Dirigente dell'USS Acquisizione e gestione del personale.

IL DIRETTORE GENERALE  
f.to dott. Carlo Nicora

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
f.to dr. Peter Assembergs



**DOMANDA di ammissione all'avviso pubblico per titoli e prova orale, per la costituzione di rapporti di lavoro a tempo determinato nel profilo professionale di:**

**Dirigente Medico**  
**disciplina: CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA**  
(Area Chirurgica e delle Specialità Chirurgiche)

**Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera**  
**PAPA GIOVANNI XXIII**  
**Piazza OMS, 1 - 24127 BERGAMO (BG)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
chiedo di essere ammesso/a alla procedura per la costituzione di rapporti di lavoro a tempo determinato nel profilo professionale di: **DIRIGENTE MEDICO - disciplina: CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA** - (Area Chirurgica e delle Specialità Chirurgiche)  
(deliberazione n. 627 del 16.4.2015).

A tal fine, valendomi della facoltà concessa dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 ed a conoscenza che:

- in caso di dichiarazioni mendaci saranno applicate nei miei confronti le pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000);
- in caso di dichiarazioni non veritiere, è prevista la decadenza dal beneficio eventualmente conseguito (art. 75 D.P.R. 445/2000);

**DICHIARO**

*(barrare le voci che interessano)*

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
*(comune di nascita e provincia, ovvero Stato estero)*
2. di essere residente in \_\_\_\_\_
3.  di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di \_\_\_\_\_

*(Residenza. Per i residenti all'estero: se nati in Italia, indicare il comune di nascita; se nati all'estero, precisare a quale titolo siano cittadini italiani)*

**oppure**

- di essere cittadino del seguente stato membro dell'U.E. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana
- di essere familiare di cittadino del seguente stato membro dell'U.E. \_\_\_\_\_, di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana
- di essere cittadino del seguente Paese extraUE \_\_\_\_\_ e di essere titolare di:
  - permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo  
*(allegare copia del permesso di soggiorno)*  
ovvero
  - status di rifugiato  
*(allegare documento a comprova)*

ovvero

status di protezione sussidiaria

(allegare documento a comprova)

e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana

4.  di possedere l'elettorato attivo e di risultare quindi iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di (1) \_\_\_\_\_

oppure

di non possedere l'elettorato attivo e di non risultare quindi iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.  di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso

ovvero

di aver riportato le seguenti condanne penali (2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

oppure

di avere i seguenti procedimenti penali in corso (2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. di essere in possesso del seguente titolo di studio (o qualifica professionale) (3)

conseguito il \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

7. di essere in possesso dei seguenti titoli (3):

- abilitazione \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_

presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_

- specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_

presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ anni n. \_\_\_\_\_

(specificare se conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/1991 e/o D.Lgs n. 368/1999 e la durata legale del corso)

- ulteriore specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso

l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ anni n. \_\_\_\_\_

8. di essere iscritto all'albo \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

posizione n. \_\_\_\_\_ data iscrizione \_\_\_\_\_

9. di aver conseguito:

dottorato di ricerca: ad oggetto \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_

master di I livello / II livello: ad oggetto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

presso l'Università \_\_\_\_\_

corso di perfezionamento: ad oggetto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

presso l'Università \_\_\_\_\_

10. di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31.12.1985): \_\_\_\_\_

(specificare, in caso di assolvimento degli obblighi di leva o di servizio sostitutivo civile, la data iniziale e finale, il luogo in cui è stato prestato il servizio, il relativo grado)

11. di avere svolto servizio civile dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
12. di prestare/avere prestato:
- servizi presso Enti o Aziende Pubbliche del S.S.N., come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (all. A composto da n. \_\_\_\_\_ fogli);
  - servizi presso altri Enti pubblici, IPAB sanitarie o strutture socio-sanitarie private accreditate, come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (All. B composto da n. \_\_\_\_\_ fogli);
  - servizi presso Aziende private non accreditate con il S.S.N., come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (All. C composto da n. \_\_\_\_\_ fogli);
  - altre attività non ricomprese nella casistica degli allegati A-B-C (All. D composto da n. \_\_\_\_\_ fogli);
13. di non essere stato dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione italiana (4) \_\_\_\_\_
14. di essere in possesso dei seguenti titoli ai fini della riserva, preferenza e precedenza (vedi art. 5 del D.P.R. n. 487/1994) \_\_\_\_\_
15. di essere portatore di handicap a seguito di accertamenti effettuati dalle commissioni mediche di cui all'art. 4 della L. n. 104/1992 e di avere necessità dei seguenti ausili:
- \_\_\_\_\_
- ovvero dei seguenti tempi aggiuntivi: \_\_\_\_\_;
16. di accettare, in caso di assunzione, tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico del personale dipendente del S.S.N.;
17. di aver partecipato agli eventi formativi attinenti al profilo di cui all'elenco allegato (all. E composto da n. \_\_\_\_\_ fogli); di cui allego il relativo attestato di partecipazione in fotocopia;
18. di aver partecipato agli eventi formativi attinenti al profilo, in qualità di docente, di cui all'elenco allegato (all. F composto da n. \_\_\_\_\_ fogli); di cui allego il relativo attestato di partecipazione in fotocopia;
19. di aver presentato le pubblicazioni di cui all'elenco allegato, che allego in fotocopia, edite a stampa (all. G composto da n. \_\_\_\_\_ fogli);
20. di accettare incondizionatamente tutte le clausole e condizioni contenute nell'avviso di selezione;
21. che le copie dei documenti che ho prodotto per partecipare alla procedura sono conformi all'originale in mio possesso, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000 e che le notizie in essi contenute sono a tutt'oggi conformi al vero.

Allego inoltre, alla presente domanda, un curriculum formativo e professionale, redatto in lingua italiana, datato e firmato, nonché un elenco, in duplice copia, dei documenti e dei titoli presentati.

Chiedo che tutte le comunicazioni relative alla procedura siano recapitate al seguente indirizzo:

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Recapito telefonico: prefisso \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cell. n. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

.....\*  
(luogo e data) (firma per esteso e leggibile)

\* la firma non deve essere autenticata. A pena di esclusione dovrà essere allegata la **fotocopia non autenticata di un documento di identità** non scaduto del dichiarante.

\*\*\*\*\*

**ALLEGATO A: (costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)**  
**ELENCO DEI SERVIZI PRESTATI PRESSO ENTI O AZIENDE PUBBLICHE DEL S.S.N.**  
(in caso di più servizi, fotocopiare più volte il presente allegato)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di prestare/aver prestato i seguenti servizi:

1) presso \_\_\_\_\_  
(indicare la denominazione e la sede del datore di lavoro.) (specificare la natura del datore di lavoro: ASL, A.O. ....)

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ nel profilo professionale di \_\_\_\_\_  
c/o Struttura Complessa di \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_

- a tempo pieno  
 a part-time nella percentuale del \_\_\_\_\_ / n. ore settimanali \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

a titolo di :

- dipendente a tempo indeterminato  
 dipendente a tempo determinato (incarico, supplenza)  
 incarico libero professionale  
 collaborazione coordinata e continuativa  
 medico specialista ambulatoriale per n. ore settimanali \_\_\_\_\_ (ACN 29/7/2009)

Il servizio è terminato per:

- scadenza incarico  
 recesso volontario  
 recesso del datore di lavoro

Durante il servizio ho usufruito di un periodo di assenza non retribuita dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per il seguente motivo \_\_\_\_\_ (5)

Durante il servizio:

- non sono ricorse le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n. 761/1979 (6);  
 sono ricorse le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n. 761/1979 (6); eventuale riduzione del punteggio nella misura di \_\_\_\_\_.

2) presso \_\_\_\_\_  
(indicare la denominazione e la sede del datore di lavoro.) (specificare la natura del datore di lavoro: ASL, A.O. ....)

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ nel profilo professionale di \_\_\_\_\_  
c/o Struttura Complessa di \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_

- a tempo pieno  
 a part-time nella percentuale del \_\_\_\_\_ / n. ore settimanali \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

a titolo di :

- dipendente a tempo indeterminato  
 dipendente a tempo determinato (incarico, supplenza)  
 incarico libero professionale  
 collaborazione coordinata e continuativa  
 medico specialista ambulatoriale per n. ore settimanali \_\_\_\_\_ (ACN 29/7/2009)

Il servizio è terminato per:

- scadenza incarico  
 recesso volontario  
 recesso del datore di lavoro

Durante il servizio ho usufruito di un periodo di assenza non retribuita dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per il seguente motivo \_\_\_\_\_ (5)

Durante il servizio:

- non sono ricorse le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n. 761/1979 (6);  
 sono ricorse le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n. 761/1979 (6); eventuale riduzione del punteggio nella misura di \_\_\_\_\_.

**IL DICHIARANTE**

.....  
(luogo e data)

Foglio n. \_\_\_\_ di \_\_\_\_

.....  
(firma per esteso e leggibile)

**ALLEGATO B: (costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)**  
**ELENCO DEI SERVIZI PRESTATI PRESSO ALTRI ENTI PUBBLICI, IPAB SANITARIE O**  
**STRUTTURE SOCIO-SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE**  
(in caso di più servizi, fotocopiare più volte il presente allegato)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di prestare/aver prestato i seguenti servizi (per i servizi prestati all'estero allegare relativo provvedimento di riconoscimento):

- 1) presso \_\_\_\_\_  
(indicare la denominazione e la sede del datore di lavoro.(specificare la natura del datore di lavoro: Ente pubblico, casa di cura convenzionata o accreditata, ...etc..))  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
nel profilo professionale di \_\_\_\_\_  
c/o Struttura Complessa di \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_  
 a tempo pieno  
 a part-time nella percentuale del \_\_\_\_\_ / n. ore settimanali \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
a titolo di :  
 dipendente a tempo indeterminato  
 dipendente a tempo determinato (incarico, supplenza)  
 incarico libero professionale  
 collaborazione coordinata e continuativa  
 medico specialista ambulatoriale per n. ore settimanali \_\_\_\_\_ (ACN 29/7/2009)  
Il servizio è terminato per:  
 scadenza incarico  
 recesso volontario  
 recesso del datore di lavoro  
Durante il servizio ho usufruito di un periodo di assenza non retribuita dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per il seguente motivo \_\_\_\_\_ (5)

- 2) presso \_\_\_\_\_  
(indicare la denominazione e la sede del datore di lavoro.(specificare la natura del datore di lavoro: Ente pubblico, casa di cura convenzionata o accreditata, ...etc..))  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
nel profilo professionale di \_\_\_\_\_  
c/o Struttura Complessa di \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_  
 a tempo pieno  
 a part-time nella percentuale del \_\_\_\_\_ / n. ore settimanali \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
a titolo di :  
 dipendente a tempo indeterminato  
 dipendente a tempo determinato (incarico, supplenza)  
 incarico libero professionale  
 collaborazione coordinata e continuativa  
 medico specialista ambulatoriale per n. ore settimanali \_\_\_\_\_ (ACN 29/7/2009)  
Il servizio è terminato per:  
 scadenza incarico  
 recesso volontario  
 recesso del datore di lavoro  
Durante il servizio ho usufruito di un periodo di assenza non retribuita dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per il seguente motivo \_\_\_\_\_ (5)

**IL DICHIARANTE**

.....  
(luogo e data)

.....  
(firma per esteso e leggibile)

Foglio n. \_\_\_\_ di \_\_\_\_

**ALLEGATO C: (costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)  
ELENCO DEI SERVIZI PRESTATI PRESSO AZIENDE PRIVATE NON ACCREDITATE CON IL  
S.S.N.**

(in caso di più servizi, fotocopiare più volte il presente allegato)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di  
prestare/aver prestato i seguenti servizi:

1) presso \_\_\_\_\_  
(indicare la denominazione e la sede del datore di lavoro.) (specificare la natura del datore di lavoro)  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
nel profilo professionale di \_\_\_\_\_  
area funzionale \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_  
 a tempo pieno  
 a part-time nella percentuale del \_\_\_\_ / n. ore settimanali \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
a titolo di :  
 dipendente a tempo indeterminato  
 dipendente a tempo determinato (incarico, supplenza)  
 incarico libero professionale  
 collaborazione coordinata e continuativa  
 medico specialista ambulatoriale per n. ore settimanali \_\_\_\_\_ (ACN 29/7/2009)  
Il servizio è terminato per:  
 scadenza incarico  
 recesso volontario  
 recesso del datore di lavoro  
Durante il servizio ho usufruito di un periodo di assenza non retribuita dal \_\_\_\_\_ al  
\_\_\_\_\_ per il seguente motivo \_\_\_\_\_ (5)

2) presso \_\_\_\_\_  
(indicare la denominazione e la sede del datore di lavoro.) (specificare la natura del datore di lavoro)  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
nel profilo professionale di \_\_\_\_\_  
area funzionale \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_  
 a tempo pieno  
 a part-time nella percentuale del \_\_\_\_ / n. ore settimanali \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
a titolo di :  
 dipendente a tempo indeterminato  
 dipendente a tempo determinato (incarico, supplenza)  
 incarico libero professionale  
 collaborazione coordinata e continuativa  
 medico specialista ambulatoriale per n. ore settimanali \_\_\_\_\_ (ACN 29/7/2009)  
Il servizio è terminato per:  
 scadenza incarico  
 recesso volontario  
 recesso del datore di lavoro  
Durante il servizio ho usufruito di un periodo di assenza non retribuita dal \_\_\_\_\_ al  
\_\_\_\_\_ per il seguente motivo \_\_\_\_\_ (5)

**IL DICHIARANTE**

.....  
(luogo e data)

Foglio n. \_\_\_\_ di \_\_\_\_

.....  
(firma per esteso e leggibile)

**ALLEGATO D:**

**(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)**

**ALTRE ATTIVITÀ NON RICOMPRESSE NELLA CASISTICA DEGLI ALLEGATI A-B-C.**

(in caso di più servizi, fotocopiare più volte il presente allegato)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di svolgere / aver svolto le seguenti attività:

1) presso \_\_\_\_\_  
*(indicare la denominazione e la sede del datore di lavoro.)*

\_\_\_\_\_ *(specificare la natura del datore di lavoro)*  
dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

in qualità di:

- medico volontario post specialità, nella disciplina
- stage all'estero post specialità, nella disciplina
- borsista post specialità, nella disciplina
- \_\_\_\_\_

per un numero di \_\_\_\_\_ ore settimanali.

2) presso \_\_\_\_\_  
*(indicare la denominazione e la sede del datore di lavoro.)*

\_\_\_\_\_ *(specificare la natura del datore di lavoro)*  
dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

in qualità di:

- medico volontario post specialità, nella disciplina
- stage all'estero post specialità, nella disciplina
- borsista post specialità, nella disciplina
- \_\_\_\_\_

per un numero di \_\_\_\_\_ ore settimanali.

**IL DICHIARANTE**

.....  
*(luogo e data)*

.....  
*(firma per esteso e leggibile)*

Foglio n. \_\_\_\_ di \_\_\_\_



**ALLEGATO E:**

**(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)**

**ELENCO DEGLI EVENTI FORMATIVI FREQUENTATI, attinenti al profilo, successivi all'01/01/2010**

(in caso di più eventi, fotocopiare più volte il presente allegato)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di aver partecipato ai seguenti eventi formativi:

*(riportare la relativa numerazione anche sulla fotocopia allegata)*

- 1) Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop...): \_\_\_\_\_  
denominazione: \_\_\_\_\_  
organizzato da: \_\_\_\_\_  
sede dell'evento: \_\_\_\_\_  
durata: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 con superamento di esame finale, con il punteggio di \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 il corso non prevedeva il superamento di un esame finale
  
- 2) Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop...): \_\_\_\_\_  
denominazione: \_\_\_\_\_  
organizzato da: \_\_\_\_\_  
sede dell'evento: \_\_\_\_\_  
durata: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 con superamento di esame finale, con il punteggio di \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 il corso non prevedeva il superamento di un esame finale
  
- 3) Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop...): \_\_\_\_\_  
denominazione: \_\_\_\_\_  
organizzato da: \_\_\_\_\_  
sede dell'evento: \_\_\_\_\_  
durata: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 con superamento di esame finale, con il punteggio di \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 il corso non prevedeva il superamento di un esame finale
  
- 4) Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop...): \_\_\_\_\_  
denominazione: \_\_\_\_\_  
organizzato da: \_\_\_\_\_  
sede dell'evento: \_\_\_\_\_  
durata: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 con superamento di esame finale, con il punteggio di \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 il corso non prevedeva il superamento di un esame finale

**IL DICHIARANTE**

.....  
(luogo e data)  
Foglio n. \_\_\_\_ di \_\_\_\_

.....  
(firma per esteso e leggibile)

**ALLEGATO F:**

**(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)**

**ELENCO DEGLI EVENTI FORMATIVI - IN QUALITÀ DI DOCENTE/RELATORE -  
attinenti al profilo, successivi all'01/01/2010**

(in caso di più eventi, fotocopiare più volte il presente allegato)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di  
aver partecipato ai seguenti eventi formativi in qualità di docente/relatore:

*(riportare la relativa numerazione anche sulla fotocopia allegata)*

- 1) Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop...): \_\_\_\_\_  
denominazione: \_\_\_\_\_  
organizzato da: \_\_\_\_\_  
sede dell'evento: \_\_\_\_\_  
durata: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 attività di docenza per n. ore: \_\_\_\_\_  
 attività di relatore
- 2) Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop...): \_\_\_\_\_  
denominazione: \_\_\_\_\_  
organizzato da: \_\_\_\_\_  
sede dell'evento: \_\_\_\_\_  
durata: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 attività di docenza per n. ore: \_\_\_\_\_  
 attività di relatore
- 3) Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop...): \_\_\_\_\_  
denominazione: \_\_\_\_\_  
organizzato da: \_\_\_\_\_  
sede dell'evento: \_\_\_\_\_  
durata: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 attività di docenza per n. ore: \_\_\_\_\_  
 attività di relatore
- 4) Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop...): \_\_\_\_\_  
denominazione: \_\_\_\_\_  
organizzato da: \_\_\_\_\_  
sede dell'evento: \_\_\_\_\_  
durata: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 attività di docenza per n. ore: \_\_\_\_\_  
 attività di relatore

**IL DICHIARANTE**

.....  
(luogo e data)

.....  
(firma per esteso e leggibile)

Foglio n. \_\_\_ di \_\_\_

**ALLEGATO G:**

**(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)**

**ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI edite successivamente all'01/01/2010**

**(in caso di più pubblicazioni, fotocopiare più volte il presente allegato)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di aver presentato le seguenti pubblicazioni, che allego in fotocopia, edite a stampa:

*(riportare la relativa numerazione anche sulla fotocopia allegata)*

1) tipologia (libro, abstract, poster, ...): \_\_\_\_\_  
titolo: \_\_\_\_\_  
autori: \_\_\_\_\_  
editore/rivista: \_\_\_\_\_  
data di pubblicazione: \_\_\_\_\_

2) tipologia (libro, abstract, poster, ...): \_\_\_\_\_  
titolo: \_\_\_\_\_  
autori: \_\_\_\_\_  
editore/rivista: \_\_\_\_\_  
data di pubblicazione: \_\_\_\_\_

3) tipologia (libro, abstract, poster, ...): \_\_\_\_\_  
titolo: \_\_\_\_\_  
autori: \_\_\_\_\_  
editore/rivista: \_\_\_\_\_  
data di pubblicazione: \_\_\_\_\_

4) tipologia (libro, abstract, poster, ...): \_\_\_\_\_  
titolo: \_\_\_\_\_  
autori: \_\_\_\_\_  
editore/rivista: \_\_\_\_\_  
data di pubblicazione: \_\_\_\_\_

5) tipologia (libro, abstract, poster, ...): \_\_\_\_\_  
titolo: \_\_\_\_\_  
autori: \_\_\_\_\_  
editore/rivista: \_\_\_\_\_  
data di pubblicazione: \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

.....  
(luogo e data)

.....  
(firma per esteso e leggibile)

Foglio n. \_\_\_\_ di \_\_\_\_

### Informazioni sulla compilazione:

Si invitano i candidati a compilare la domanda con grafia leggibile.  
Le pagine non compilate non devono essere eliminate.  
E' sufficiente allegare una sola fotocopia del documento di identità.

### Note esplicative:

- (1) I candidati cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea ovvero di Paese non Comunitario devono dichiarare di godere dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o di provenienza nonché la struttura amministrativa - Comune od altro organismo amministrativo - nelle cui liste elettorali sono iscritti, ovvero i motivi della mancata iscrizione o cancellazione dalle liste medesime.
- (2) Indicare la data del provvedimento di condanna e l'autorità giudiziaria che lo ha emesso, nonché i procedimenti penali eventualmente pendenti.
- (3) Indicare i titoli richiesti dal bando ed eventuali altri titoli. I candidati che hanno conseguito il titolo di studio all'estero dovranno allegare il provvedimento di riconoscimento.
- (4) In caso affermativo indicare le cause di cessazione del rapporto di pubblico impiego nonché la pubblica amministrazione che ha adottato il relativo provvedimento.
- (5) Indicare eventuali periodi di assenza non retribuita e il motivo dell'assenza.
- (6) Se ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n. 761/1979 (mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni) il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo precisare la misura della riduzione del punteggio.