

Al DIRETTORE GENERALE
del Centro di Riferimento Oncologico
Via Franco Gallini, 2
33081 AVIANO PN

DOMANDA e CURRICULUM FORMATIVO PROFESSIONALE

Resi ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 secondo forma di
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

AVVERTENZA PER LA COMPILAZIONE.- Le seguenti **dichiarazioni** devono essere rese in modo analitico e contenere tutti gli elementi necessari per una corretta valutazione (date precise dei servizi, con indicazione di eventuali periodi di aspettativa, *part time*, qualifiche ricoperte, argomenti dei corsi, data di svolgimento, durata, ente organizzatore, esame finale, ecc.). Le **pubblicazioni** devono essere edite a stampa. Non saranno prese in considerazione pubblicazioni in corso di stampa; non saranno valutate le pubblicazioni delle quali non risulti l'apporto del candidato. Dovrà essere, **a parte**, presentato dal candidato **un elenco delle pubblicazioni, previa numerazione**, dettagliato delle stesse: la citazione bibliografica deve essere completa. Il testo delle pubblicazioni deve essere presentato integralmente.

Il/La sottoscritto/a

C H I E D E

di partecipare alla **PUBBLICA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DELL' INCARICO DI DIRETTORE DELLA STRUTTURA OPERATIVA COMPLESSA DI ONCOLOGIA A DEL CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DI AVIANO (PN) - DISCIPLINA: ONCOLOGIA - AREA MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE - PROFILO PROFESSIONALE MEDICI – RUOLO SANITARIO** (Prot. N. ____/P del ____)

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".

D I C H I A R A :

nato/a a il	
residente in via C.A.P. Città prov.	
numero telefono numero cellulare	
E-MAIL	PEC

CODICE FISCALE:																	
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

essere in possesso della cittadinanza.....;	
<i>Solamente per i cittadini di uno degli Stati membri dell'Unione europea:</i> godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza ☐ SI ☐ NO (barrare la casella interessata)	
essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di;	
<i>Per i cittadini Extra Unione Europea</i>	
☐ Di essere familiare di _____ nato a _____ il _____ Residente a _____ Via _____, di cittadinanza _____ Grado di Parentela _____	
☐ Di essere titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo	☐ SI ☐ NO
☐ Di essere titolare dello status di rifugiato	☐ SI ☐ NO
☐ Di essere titolare dello status di protezione sussidiaria <i>(barrare solo la casella interessata)</i>	☐ SI ☐ NO
<i>Solo per i cittadini non italiani</i>	
di avere una adeguata conoscenza della lingua Italiana ☐ SI ☐ NO <i>(barrare solo la casella interessata)</i>	
di essere nei confronti degli obblighi di leva <i>(barrare solo la casella interessata)</i> <i>(per i soggetti nati entro il 1985)</i>	
☐ Esonerato/ Dispensato ☐ Riformato ☐ Non dovuto ☐ Assolto quale _____ dal _____ al _____ presso _____	
aver subito condanne che comportino l'interdizione <i>perpetua</i> dai pubblici uffici ☐ SI ☐ NO (barrare la casella interessata) se SI, indicare quali: _____;	
aver subito condanne che comportino l'interdizione <i>temporanea</i> dei pubblici uffici ☐ SI ☐ NO (barrare la casella interessata) se SI, il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici è antecedente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda	

☐ 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 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)

indicare l'indirizzo presso il quale effettuare ogni comunicazione relativa alla presente procedura ☐ presso la propria residenza <i>oppure se diverso dalla residenza</i> ☐ al seguente indirizzo presso via..... C.A.P.città..... prov..... Dichiara di essere consapevole e accettare che nel caso di indicazione della PEC <u>personale</u> del sottoscritto la stessa sarà utilizzabile dal CRO per eventuali comunicazioni telematiche, con la medesima efficacia delle comunicazioni cartacee al domicilio/residenza.
--

Luogo e data _____	FIRMA DEL CANDIDATO _____
----------------------------------	---

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di aver preso visione dei contenuti del bando e di essere quindi a conoscenza in particolare del fatto che prima della nomina del candidato prescelto, i curriculum (tutta la parte seguente) inviati dai candidati presentatisi al colloquio verranno pubblicati sul sito internet dell'Istituto.

CURRICULUM FORMATIVO PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a nato il

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".

D I C H I A R A :

Requisito d'ammissione

essere in possesso della **Laurea** in
conseguita in data
presso l'**Università**
sita in

di essere in possesso dell'**Abilitazione all'esercizio della professione**

conseguita in data
presso l'Università di
sita in

di essere iscritto all'**albo dell'ordine degli medici** della Provincia/Regione di

Dal
N° di iscrizione

essere in possesso della seguente **specializzazione**:

1) Disciplina:
conseguita in data presso l'Università di

2) Disciplina:
conseguita in data presso l'Università di

Requisito d'ammissione

di essere in possesso dell'**anzianità di servizio** di anni

nella disciplina di come di seguito specificato:

di avere prestato servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di:

profilo professionale:

disciplina:

dal al

con rapporto a tempo: ☐ determinato ☐ indeterminato

tipologia: ☐ definito
☐ pieno
☐ impegno ridotto al _____% per ore _____ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)

di (località) via

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 duplicando il riquadro ad ogni variazione)

avere prestato servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di:

profilo professionale:

disciplina:

dal al

con rapporto a tempo: ☐ determinato ☐ indeterminato
tipologia: ☐ definito
☐ pieno
☐ impegno ridotto al _____% per ore _____ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.).....

di (località).....via.....

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 duplicando il riquadro ad ogni variazione**)

avere prestato servizio all'ESTERO con rapporto di lavoro subordinato,

Solo se effettuato o in stato diverso dall'Italia

Riconoscimento a cura del, in data _____

in qualità di:

profilo professionale: _____

dal _____

al _____

con rapporto a tempo: (*barrare solo la casella interessata*) ☐ determinato ☐ indeterminato

tipologia: (*barrare solo la casella interessata*) ☐ definito

☐ pieno

☐ impegno ridotto al _____% per ore _____ settimanali

presso: (Ente, privati, cc.) _____

di (città, e indirizzo) _____

con interruzione dal servizio (*ad es. per aspettative senza assegni*):

dal (giorno, mese anno) _____

al (giorno, mese anno) _____

motivo interruzione o cause risoluzione _____

(**duplicare il riquadro ad ogni variazione**)

avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN

nella branca di

dalal.....

con impegno settimanale pari a ore

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.).....

di (località).....via.....

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 duplicando il riquadro ad ogni variazione**)

Ambiti di autonomia professionale: (in questa sezione indicare gli incarichi dirigenziali assegnati - ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa...)

tipo di incarico.....

dalal

presso.....

descrizione attività svolta.....

.....

.....

tipo di incarico.....

dalal

presso.....

descrizione attività svolta.....

.....

 tipo di incarico.....
 dalal
 presso.....
 descrizione attività svolta.....

aver svolto le seguenti attività professionali con rapporto di lavoro non subordinato, in qualità di:

profilo professionale:.....
 disciplina:.....
 dalal.....

con rapporto a tempo: ☐ determinato ☐ indeterminato
 ☐ libero professionale ☐ autonomo ☐ collaborazione

tipologia: ☐ definito
 ☐ pieno
 ☐ impegno ridotto al _____% per ore _____ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.).....

di (località).....via.....
 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 duplicando il riquadro ad ogni variazione)

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

dalal
 presso.....
 descrizione attività svolta.....

 dalal
 presso.....
 descrizione attività svolta.....

di aver conseguito l'**Attestato di formazione manageriale:**

presso.....
 anno.....

Specifici corsi di formazione manageriale:

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

Aver svolto attività didattica (riferita all'ultimo decennio): si valuta **solamente** l'attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario, non l'insegnamento a corsi di aggiornamento professionale

presso.....
 corso per il conseguimento del titolo di
 a.a.....
 n° ore.....

presso.....
 corso per il conseguimento del titolo di
 materia/insegnamento.....
 a.a.....
 n. ore.....

presso.....
 corso per il conseguimento del titolo di
 materia/insegnamento.....
 a.a.....
 n. ore.....

Casistica di specifiche esperienze e attività professionali (riferita all'ultimo decennio), **allegata:**

dalal
 presso.....

Elenco di tutte le pubblicazioni, per la valutazione (produzione scientifica strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere):

-
-
-
-
-
-

Indicare: Tipologia pubblicazione, titolo, autore o co-autore, rivista, editore, anno di pubblicazione, numero volume/fascicolo, pagine.

(dell'**elenco** delle pubblicazioni allegate alla presente domanda – curriculum deve essere prodotta **anche un'altra copia a parte**, nell'ordine di presentazione)

Di aver partecipato quale UDITORE ai corsi, attività formative, convegni di seguito elencati:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO	LUOGO DI SVOLGIMENTO	CREDITI ECM

Di aver partecipato quale RELATORE/DOCENTE ai corsi, attività formative, convegni sottoelencati:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO	LUOGO DI SVOLGIMENTO	CREDITI ECM

Altre esperienze professionali **attinenti** all'incarico da ricoprire:

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

di manifestare il proprio consenso , ai sensi del D.Lvo n. 196/2003 al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali spontaneamente forniti nei limiti di cui all'avviso e subordinatamente al puntuale rispetto della presente normativa;

di autorizzare questa Azienda a pubblicare integralmente il *curriculum* sul sito web aziendale ai fini dell'assolvimento del dettato normativo.

Luogo e data

FIRMA DEL CANDIDATO

Allega alla presente domanda:

☐	L'elenco di eventuali documenti presentati;
☐	le attestazioni relative alla tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la propria attività e alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime , rilasciate degli Enti presso le quali le attività sono state svolte;
☐	l' attestazione relativa alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato (comprensiva della casistica di specifiche esperienze e attività professionali, qualora pertinenti rispetto al profilo professionale della selezione) rilasciata dall'Azienda/Ente presso la quale le prestazioni sono state svolte (certificate dal direttore sanitario sulla base della attestazione del dirigente di secondo livello responsabile del competente dipartimento o unità operativa della unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera);
☐	La ricevuta del versamento della tassa di concorso.
☐	Allega fotocopia semplice di un documento di riconoscimento valido ai sensi dell'art. 35 del DPR n. 445/2000 (documento di identità - carta d'identità - o di riconoscimento equipollente - passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, porto d'armi, tessere di riconoscimento, purché muniti di fotografia e di timbro o altra segnatura equipollente rilasciate da amministrazione dello Stato - in corso di validità): (<i>indispensabile se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi</i>) _____ N. _____. rilasciato in data: _____ da _____ (<i>indicare l'Ente che ha rilasciato il documento</i>) con scadenza prevista in data: _____
☐	Altro (<i>specificare</i>):

Dichiara quindi che le informazioni sopra riportate sono esatte e veritiere.

Dichiara altresì di prendere atto che ai sensi dell'art. 75 del sopra citato **DPR n. 445/2000** nel caso in cui le suddette dichiarazioni risultino mendaci, il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano non darà corso all'assunzione.

Quanto sopra viene presentato sotto forma di autocertificazione (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del **DPR n. 445/2000**.

Autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti del **D.Lgs. 30.6.2003, n. 196** "Codice in materia di protezione dei dati personali", per le finalità di cui al presente avviso di candidatura.

Luogo e data

FIRMA DEL CANDIDATO

D.P.R. 28-12-2000 n. 445.- TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE E REGOLAMENTARI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA. (Pubblicato nella Gazz. Uff. 20 febbraio 2001, n. 42, S.O.)

ARTICOLO 19 - MODALITÀ ALTERNATIVE ALL'AUTENTICAZIONE DI COPIE.

1. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'articolo 47 può riguardare anche il fatto che la copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio o di servizio sono conformi all'originale. Tale dichiarazione può altresì riguardare la conformità all'originale della copia dei documenti fiscali che devono essere obbligatoriamente conservati dai privati.

Articolo 38 - MODALITÀ DI INVIO E SOTTOSCRIZIONE DELLE ISTANZE.

1. Tutte le istanze e le dichiarazioni da presentare alla pubblica amministrazione o ai gestori o esercenti di pubblici servizi possono essere inviate anche per fax e via telematica.

2. Le istanze e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide:

a) se sottoscritte mediante la firma digitale, basata su di un certificato qualificato, rilasciato da un certificatore accreditato, e generata mediante un dispositivo per la creazione di una firma sicura;

b) ovvero quando l'autore è identificato dal sistema informatico con l'uso della carta d'identità elettronica o della carta nazionale dei servizi

3. Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. Le istanze e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate per via telematica; nei procedimenti di aggiudicazione di contratti pubblici, detta facoltà è consentita nei limiti stabiliti dal regolamento di cui all'articolo 15, comma 2 della legge 15 marzo 1997, n. 59.

ARTICOLO 46 - DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI.

1. Sono comprovati con dichiarazioni, anche contestuali all'istanza, sottoscritte dall'interessato e prodotte in sostituzione delle normali certificazioni i seguenti stati, qualità personali e fatti:

a) data e il luogo di nascita;

b) residenza;

c) cittadinanza;

d) godimento dei diritti civili e politici;

e) stato di celibe, coniugato, vedovo o stato libero;

f) stato di famiglia;

g) esistenza in vita;

h) nascita del figlio, decesso del coniuge, dell'ascendente o discendente;

i) iscrizione in albi, registri o elenchi tenuti da pubbliche amministrazioni;

l) appartenenza a ordini professionali;

m) titolo di studio, esami sostenuti;

n) qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica;

o) situazione reddituale o economica anche ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo previsti da leggi speciali;

p) assolvimento di specifici obblighi contributivi con l'indicazione dell'ammontare corrisposto;

q) possesso e numero del codice fiscale, della partita I.V.A. e di qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria;

r) stato di disoccupazione;

s) qualità di pensionato e categoria di pensione;

t) qualità di studente;

u) qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili;

v) iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo;

z) tutte le situazioni relative all'adempimento degli obblighi militari, ivi comprese quelle attestate nel foglio matricolare dello stato di servizio;

aa) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

bb) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

cc) qualità di vivenza a carico;

dd) tutti i dati a diretta conoscenza dell'interessato contenuti nei registri dello stato civile;

ee) di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato.

ARTICOLO 47 - DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETÀ.

1. L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38.

2. La dichiarazione resa nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza.

3. Fatte salve le eccezioni espressamente previste per legge, nei rapporti con la pubblica amministrazione e con i concessionari di pubblici servizi, tutti gli stati, le qualità personali e i fatti non espressamente indicati nell'articolo 46 sono comprovati dall'interessato mediante la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

4. Salvo il caso in cui la legge preveda espressamente che la denuncia all'Autorità di Polizia Giudiziaria è presupposto necessario per attivare il procedimento amministrativo di rilascio del duplicato di documenti di riconoscimento o comunque attestanti stati e qualità personali dell'interessato, lo smarrimento dei documenti medesimi è comprovato da chi ne richiede il duplicato mediante dichiarazione sostitutiva.