

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
PROTOCOLLO

Al Comando Provinciale dei
Vigili del Fuoco di

Alla Scuola

Il sottoscritto _____ nato a _____ (prov. _____)

il _____ C.F. _____

residente a _____ (prov. _____)

in via _____ n _____

telefono _____

cellulare _____

e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla **procedura comparativa** per il conferimento di n. ... incarico/incarichi di **Medico del Servizio Sanitario** presso codesto Comando / Scuola.

A tal fine, sotto propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 40 e 46 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici conseguiti di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i., nel caso di dichiarazioni false o mendaci

DICHIARA

- 1) di essere cittadino italiano ovvero del seguente paese dell'Unione Europea _____;
- 2) di godere dei diritti civili e politici;
- 3) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento e di non esser stato dichiarato decaduto da un impiego statale, ai sensi dell'articolo 127, comma 1, lett. d), del T.U. delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, approvato con D.P.R. n. 3/57;

- 4) di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di:
- provvedimenti che comportano l'applicazione di misure di prevenzione;
 - decisioni civili e/o provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- 5) di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- 6) di essere in possesso del seguente titolo di studio (specificare):
- ☐ diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia rilasciato secondo l'ordinamento didattico vigente prima dell'adeguamento ai sensi dell'art. 17, comma 95, della legge n. 127/97 e sue disposizioni attuative, conseguita presso l'Università di _____ in data _____;
 - ☐ Laurea specialistica appartenente alla classe delle lauree in medicina e chirurgia (46/S), conseguita presso l'Università di _____ in data _____;
 - ☐ Laurea magistrale in medicina e chirurgia (LM-41), conseguita presso l'Università di _____ in data _____;

Nel caso in cui il titolo di studio sia stato conseguito all'estero specificare gli estremi del provvedimento di equiparazione o equipollenza, ovvero della richiesta di equiparazione o equipollenza del titolo di studio conseguito all'estero;

- 7) di essere iscritto all'Albo professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____ al n. ____ dal _____;
- 8) di non aver riportato sanzioni disciplinari e non essere sottoposto a procedimenti disciplinari in corso che risultino dal certificato di iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici;
- 9) di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili, di cui al presente avviso pubblico di procedura comparativa (inserire i fatti, stati o qualità personali della certificazione che si intende comprovare tra quelli di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.):
- _____;
 - _____;
 - _____;
 - _____;
 - _____;

10) di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni previste nell'avviso pubblico;

Il sottoscritto dichiara altresì:

☐ di aver presentato domanda di partecipazione alla procedura anche per il conferimento di n. ... incarico/incarichi di **Medico del Servizio Sanitario** presso il⁽¹⁾

☐ di non aver presentato domanda di partecipazione alla procedura per altre sedi.

INFORMATIVA (ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 e s.m.i.)

Dichiaro di essere a conoscenza che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del decreto legislativo del 30 giugno 2003 n.196, il trattamento dei dati personali forniti dai candidati avverrà, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità della procedura comparativa. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini della verifica dei requisiti di partecipazione e della valutazione dei titoli dei candidati. Esclusivamente ai fini della verifica, i dati forniti potranno essere portati a conoscenza degli Enti di volta in volta interessati. I candidati hanno facoltà di esercitare in qualunque momento i diritti di cui all'art. 7 del citato decreto legislativo n. 196 del 2003.

DATA _____

FIRMA _____

Si allega alla domanda di partecipazione la seguente documentazione:

- Copia fotostatica non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- _____ ;
- _____ .

⁽¹⁾ Il candidato deve specificare le eventuali altre sedi per le quali ha presentato o intende presentare analoga domanda di partecipazione.

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

ALLEGATO A DOMANDA DI CONCORSO/AVVISO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
(cognome e nome)

presenta il seguente curriculum formativo e professionale quale allegato alla domanda di partecipazione all'avviso/concorso pubblico per la copertura di posti di:

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali e delle conseguenze di decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. n°445/00,

DICHIARA

TITOLI DI CARRIERA

- di aver prestato (o di prestare) servizio presso le seguenti Aziende Sanitarie :

denominazione	periodo		in qualità
	dal	al	

- di aver prestato (o di prestare) servizio presso altre pubbliche amministrazioni (Ministeri, Enti Pubblici, Comune, Provincia, Regione ecc.....compreso eventuale Servizio Militare):

denominazione	periodo		in qualità
	dal	al	

- di aver prestato (o di prestare) i seguenti servizi presso le seguenti Case di Cura convenzionate/ accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale:

denominazione	periodo		in qualità
	dal	al	

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

(oltre ai titoli specifici di ammissione richiesti dal bando)

- di possedere i seguenti titoli:

—
—
—

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

- di aver prodotto le pubblicazioni e/o titoli scientifici allegati alla presente domanda.

—
—

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

- di aver prestato (o di prestare) i seguenti servizi presso le seguenti Case di Cura non convenzionate/accreditate:

denominazione	periodo		in qualità
	dal	al	

- di aver svolto (o di svolgere) i seguenti incarichi libero professionali /collaborazioni coordinate e continuative/borse di studio presso le seguenti Aziende Sanitarie o presso Strutture private:

denominazione	periodo		in qualità
	dal	al	

- di aver prestato (o di prestare) i seguenti servizi presso privati:

denominazione	periodo		in qualità
	dal	al	

- di aver frequentato i seguenti corsi/convegni/seminari:

(indicare titolo, durata, con/senza esame finale, in qualità di relatore o uditore, ECM acquisiti)

—
—
—

- di aver svolto la seguente attività didattica:

(indicare Ente c/o il quale si è svolto, corso di studio, ore di insegnamento)

—
—
—

- di aver svolto la seguente ulteriore attività:

—
—

☐ il/la sottoscritto/a dichiara che i documenti eventualmente allegati, numerati dal n° 1 al n°..... sono conformi agli originali, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 28/12/00 n°445;

DATA _____

FIRMA* _____
*(non è richiesta l'autentica di tale firma)

N.B. IL PRESENTE CURRICULUM HA VALIDITA' ESCLUSIVAMENTE QUALE ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO