*ALLEGATO* ***“A”*** *- FAC SIMILE DI DOMANDA*

**AL DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_

 *(luogo e provincia)*

Cap \_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso **all’Avviso di selezione pubblica per il conferimento di un incarico della durata di 5 anni, a tempo determinato per la direzione della Struttura Complessa a Direzione Ospedaliera *“Chirurgia ad indirizzo Epato-Bilio-Pancreatica”***

**DICHIARANDO**

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28.12.2000 n. 445 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art.76 D.P.R. n.445/2000):

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

 cittadinanza italiana, *ovvero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*riportare ipotesi prevista dal bando)

 iscrizione nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ovvero motivi della non iscrizione/cancellazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

 non avere riportato condanne penali e non avere procedimenti penali /sanzioni disciplinari pendenti a proprio carico;

 (ovvero indicare le eventuali condanne penali riportate e/o i procedimenti penali in corso);

non essere stato destituito o dispensato dall’impiego ovvero licenziato da Pubbliche Amministrazioni per persistente, insufficiente rendimento ovvero a seguito dell’accertamento che l’impiego venne conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziato da invalidità non sanabile.

non aver superato i limiti di età per il collocamento a riposo sulla base delle disposizioni normative vigenti.

idoneità fisica specifica alle mansioni.

 **-di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:**

 laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e abilitazione alla professione medico chirurgica conseguita

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

 iscrizione all’albo dell’ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 diploma di specializzazione in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durata 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto di lavoro a tempo indeterminato

 a tempo determinato

**- di avere la necessità dell’ausilio** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per l’applicazione dell’art. 20 della Legge n. 104/1992;

- **che l’indirizzo PEC al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura è il seguente:** PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATTESTANDO**

* di aver preso visione del profilo professionale che caratterizza la struttura complessa in argomento, allegato e pubblicato sul sito [www.ospedale.perugia.it](http://www.ospedale.perugia.it) alla pagina *“Bandi e Concorsi”;*
* di essere consapevole dell’obbligo, in caso di variazione dell’indirizzo PEC, di comunicazione all’Azienda, la quale non si assume responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso l’indirizzo 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 dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito “RGPD”), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

**Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 che tutte le fotocopie dei titoli allegati ed elencati sono conformi all’originale**

Il sottoscritto, allega alla presente istanza la seguente documentazione:

* **curriculum formativo professionale datato e firmato, redatto come da fac simile allegato al bando;**
* **n. \_\_\_\_\_\_pubblicazioni;**
* **fotocopia fronte retro di un documento di identità personale in corso di validità.**

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

*ALLEGATO* ***“B”*** *- FAC SIMILE CURRICULUM*

**AL DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a: | **COGNOME** ………………………………………..…………..... **NOME**….……………….…………………………...Nato il …………………………….. a…………………………………………….……….. Prov………………….... |

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

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, e consapevole altresì che l’A.O. “S. Maria della Misericordia” di Perugia può acquisire direttamente gli atti comprovanti:

**- di essere in possesso della Laurea** in ……………………………………………………………………………

conseguita in data………………………presso l’Università degli Studi di ………………………………………………………………………………………

 titolo riconosciuta da ……………in data …………….. *(da compilare* *solo in caso di titolo conseguito in stato diverso da quello italiano)*

**- 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:**

 Disciplina …………………………………………… conseguito in data ………………………………………. presso l’Università di …………………………………………… ai sensi del D.Lgs 257/1991 del DLgs 368/1999

durata anni …………………..…. titolo riconosciuta da ……………in data …………….. *(da compilare* *solo in caso di titolo conseguito in stato diverso da quello italiano)*

**- di avere prestato servizio:**

con rapporto di lavoro subordinato,nel profilo professionale ………………………… disciplina ………..……………………………… dal …………………………… al …………………………………… presso l’Azienda/Ente ……………………..

con contratto di lavoro a tempo indeterminato determinato

 a tempo pieno con impegno ridotto (n. ore ………… settimanali)

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

dal ………………………………… al ……………………………………. (*indicare giorno/mese/anno e motivo interruzione*)

con altre tipologie contrattuali*(da precisare, se trattasi, ad es., di prestazioni di lavoro autonomo, di attività in convenzione con il SSN ecc)*nel profilo professionale *…………*………………, disciplina ………..……………………………… dal …………………………… al ……………………………, n. …….. ore settimanali

**- di svolgere il seguente Incarico dirigenziale:**

 tipologia incarico *(precisare se incarico di direzione di struttura complessa, di struttura semplice, di alta professionalità)*

 dal ……………… al …………… presso la Struttura Complessa …..…………………………dell’Azienda/Ente …………………………………………………., occupandosi di *(descrivere attività svolta ed indicare eventuali specifici ambiti di autonomia professionale)* …………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**- di aver svolto, inoltre, i seguenti Incarichi dirigenziali:**

 tipologia incarico *(precisare se incarico di direzione di struttura complessa, di struttura semplice, di alta professionalità)*

 dal ……………… al …………… presso la Struttura Complessa …..…………………………dell’Azienda/Ente …………………………………………………., occupandosi di *(descrivere attività svolta ed indicare eventuali specifici ambiti di autonomia professionale)* ……………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**- di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale**

dal…………… al…………. presso ……………………………………………………………………………

 contenuti del corso …………………………………………………………………………………………………………

 dal………………………….. al ……………………………………

 presso ……………………………………………………………………………………………………………………

 contenuti del corso………………………………………………………………………………………………..

 dal………………………….. al ……………………………………

 presso ……………………………………………………………………………………………………………

 contenuti del corso ………………………………………………………………………………………………

**- di aver conseguito le seguenti ulteriori Specializzazioni, Laurea, Dottorato, Master e Corsi di Perfezionamento:**

 **Laurea** in ………………………………………………………………….. conseguita in data ………………………… presso l’Università degli Studi di ………………………………………………………………………………………………

 **Specializzazione** in ………………………………………………………………… conseguita in data ………………… presso l’Università degli Studi di …………………………………………………………………

 **Master** in …………………………………………………………………. conseguito in data ………………………… presso ……………………………………………………………………………………………………………………………

**Dottorato** in……………………………………………………conseguito in data …………………………………presso l’Università degli Studi di ………………………………………………………………………………………………

**Corso di perfezionamento** in…………………………conseguito in data ………………………………………………..presso l’Università degli Studi di ………………………………………………………………………………………………

**- di aver frequentato i seguenti soggiorni di studio/addestramento**

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

 Presso ……………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………….(prov. ….) – Via ………………………………………………………………n. ………

 dal …………………………. al……………………………………. (*indicare giorno/mese/anno*)

 con impegno settimanale pari a ore ……………………

**- di avere 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 del 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*)

**- di aver partecipato alle seguenti attività di aggiornamento e scientifiche:**

 Partecipazione quale **docente** a corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all’estero

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

Partecipazione quale **relatore** 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)*

**- di essere Autore** dei seguenti **lavori scientifici** –editi a stampa (*indicare: titolo lavoro, rivista/pubblicazione, anno pubblicazione, da* ***allegare*** *in originale o in copia conforme***)**

1. ..................................................................................................................................................................................

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

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

1. ..................................................................................................................................................................................

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

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

1. ...................................................................................................................................................................................

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

**- di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori – editi a stampa (***indicare: titolo lavoro,/pubblicazione, anno pubblicazione***)**

1. ..................................................................................................................................................................................

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

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

1. ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**- di aver svolto le seguenti ulteriori attività**

…………………………………………………………………………………………………………………………..........

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**- allega, ai sensi dell’art. 8 punto 1 lettere a) e b) del bando,** (*in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge*):

1. dichiarazione del Direttore Sanitario riguardante la tipologia della Azienda/Ente………………………….., in cui è allocata la Struttura ……………………………….…………………. presso la quale il sottoscritto svolge/ha svolto la propria attività e la tipologia delle prestazioni che vengono erogate da tale struttura in cui il sottoscritto svolge/ha svolto la propria attività.
2. certificazione del Direttore Sanitario dell’Azienda/Ente………………………….. , rilasciata sulla base dell’attestazione del Direttore del Dipartimento/Direttore della Struttura Complessa ……………………………., riguardante la tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal sottoscritto

I dati personali dei candidati saranno trattai ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito “RGPD”), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

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

Lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 firma