

FAC SIMILE DI DOMANDA

Alla Provincia Lombardo Veneta  
dell'Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio-  
Fatebenefratelli  
Via Cavour, 2  
20063 Cernusco sul Naviglio (MI)

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome) \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_ (data) \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (provincia) ,  
residente a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ (indirizzo) \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso/a a partecipare al pubblico avviso - per titoli e colloquio - per il conferimento dell'incarico quinquennale di: - Direttore di Struttura Complessa , Disciplina Medicina Fisica e Riabilitazione (Area Medica e delle Specialità Mediche) dell'Ospedale San Raffaele Arcangelo - Fatebenfratelli di Venezia.

Consapevole delle pene previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/00 per mendaci dichiarazioni e falsità in atti **DICHIARA**

1) di essere in possesso della cittadinanza italiana; (ovvero di avere la cittadinanza in uno degli Stati Membri dell'Unione Europea);

2) di essere / non essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_; (in caso di mancata iscrizione indicare il motivo \_\_\_\_\_);

3) di aver / non aver riportato condanne penali; (in caso affermativo indicare le condanne penali riportate \_\_\_\_\_);

4) di essere nei riguardi degli obblighi militari:  dispensato  riformato  con servizio svolto in qualità di \_\_\_\_\_ dal gg. \_\_\_\_ mese \_\_\_\_ anno \_\_ (grado / qualifica) al gg. \_\_\_\_ mese \_\_\_\_ anno \_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

5) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio richiesti dal bando e dei seguenti requisiti specifici di ammissione: \_\_\_\_\_

6) di essere iscritto/a all'albo professionale \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ con il nr. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

7) di aver prestato servizio presso (Denominazione Ente) \_\_\_\_\_ sito a \_\_\_\_\_ (luogo) (c.a.p.) (provincia) in \_\_\_\_\_ (indirizzo) (numero civico)

Posizione Funzionale \_\_\_\_\_ Disciplina di \_\_\_\_\_ dal gg. \_\_\_\_ mese \_\_\_\_ anno \_\_\_\_ al gg. \_\_\_\_ mese \_\_\_\_ anno \_\_\_\_ con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/ a tempo determinato/ a tempo pieno a part-time al \_\_\_\_%

8)  di essere attualmente in servizio presso (Denominazione Ente) \_\_\_\_\_ sito a \_\_\_\_\_ (luogo) (c.a.p.) (provincia) in \_\_\_\_\_ (indirizzo) (numero civico)

Posizione Funzionale \_\_\_\_\_ Disciplina di \_\_\_\_\_ dal gg. \_\_\_\_ mese \_\_\_\_ anno \_\_\_\_ al gg. \_\_\_\_ mese \_\_\_\_ anno \_\_\_\_ con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tempo determinato a tempo pieno a part-time al \_\_\_\_%

9) dichiara inoltre che, in riferimento ai servizi di cui sopra non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20/12/79 nr. 761;

10) di non essere incorso/a nella destituzione, dispensa o decadenza da precedenti impieghi presso Pubbliche Amministrazioni;

11) di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;

12) che la seguente documentazione, allegata alla presente domanda, è copia conforme all'originale conservata presso il/la sottoscritto/a (in tal caso deve essere allegata fotocopia semplice del documento di identità, se l'istanza non è firmata davanti al dipendente addetto)

\_\_\_\_\_;

Allegati

\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_;

13) di indicare, altresì, come segue il domicilio presso il quale deve essere data ogni comunicazione relativa al presente concorso:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma in originale, non autenticata)

*Informativa ai sensi del D. Lgs 196/2003: i dati acquisiti sono utilizzati dalla provincia Lombardo Veneta Fatebenefratelli esclusivamente per le finalità connesse all'istanza dell'interessato, al quale competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 (correzione, integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco).*

Fac simile

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE** ( da presentare in carta semplice)

In riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio per un incarico di **Direttore di Struttura Complessa di Medicina Fisica e Riabilitazione**, indetto con Deliberazione del Consiglio Provinciale n. 039/14 del 27.05.2014 dalla Provincia Lombardo Veneta Fatebenefratelli,

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara quanto segue:

**TITOLI DI STUDIO**

**Laurea** in .....

Conseguita presso .....

In data ..... voto .....

**Specializzazione** in .....

Conseguita presso .....

In data .....

Della durata di anni .....

**(specificare se conseguita ai sensi del D.Lgs. 8 agosto 1991 n. 257 e/o del D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368).**

Ulteriori titoli di studio .....

Conseguiti presso .....

In data .....

Della durata di anni .....

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario) .....

Conseguito presso .....

In data ..... durata .....

**SERVIZI SVOLTI**

**Presso la struttura pubblica e/o privata**

(Indicare esattamente la denominazione, l'indirizzo e la struttura/servizio/unità operativa di assegnazione)

.....  
.....

**Contratto di lavoro:**

- SUBORDINATO, a tempo indeterminato/determinato, in qualità di Dirigente Medico, disciplina ....., n. ore settimanali .....
- SPECIALISTA AMBULATORIALE INTERNO, a tempo indeterminato/determinato/provvisorio/sostituto, branca di assegnazione ....., n. ore settimanali .....
- LIBERO PROFESSIONALE, in qualità di ..... n. ore settimanali/mensili .....
- CO.CO.CO, in qualità di ..... n. ore settimanali/mensili .....
- BORSISTA, in qualità di ..... n. ore settimanali/mensili .....

Allegati

- ALTRO .....

Durata: dal (gg/mm/aa)..... al (gg/mm/aa).....

Eventuali periodi di aspettativa senza assegni .....

- Altro .....

Eventuale causa di risoluzione del contratto .....

### **ESPERIENZE LAVORATIVE ALL'ESTERO**

Per i servizi prestati all'estero, per i quali occorre aver ottenuto il necessario riconoscimento da parte dell'Autorità italiana

competente, si riportano gli estremi di tale provvedimento: n. ... data .....

.....

### **TIPOLOGIA DELLE ISTITUZIONI IN CUI SONO ALLOCATE LE STRUTTURE PRESSO LE QUALI HA SVOLTO L'ATTIVITÀ E TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI EROGATE DALLE STRUTTURE MEDESIME**

.....  
.....

### **POSIZIONE FUNZIONALE NELLE STRUTTURE E COMPETENZE** (indicare anche eventuali specifici ambiti di autonomia

professionale con funzioni di direzione – **allegare una casistica di specifiche esperienze e attività professionali svolte, riferita all'ultimo decennio, certificata dal Direttore Sanitario sulla base delle attestazioni del Direttore del competente dipartimento o unità operativa di appartenenza)**

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

### **ATTIVITÀ DIDATTICA presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione, ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario (indicare anche le ore annue di insegnamento)**

Corso di studio per il conseguimento del Diploma di .....

Presso Ente ....., sede di ..... materia insegnata

.....

Per tot. n. ore ... dal (gg/mm/aa) ..... al (gg/mm/aa) .....

### **SOGGIORNI DI STUDIO o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore ad un anno (esclusi i tirocini obbligatori)**

Presso ..... (indicare esattamente la struttura pubblica o privata, completa di indirizzo), in qualità di

..... dal (gg/mm/aa) ..... al (gg/mm/aa) .....

### **ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO Corsi, congressi, convegni, seminari, anche effettuati all'estero**

Partecipazione in qualità di **relatore/uditore** al corso/congresso/convegno/seminario

Titolo del corso .....

Ente Organizzatore ..... Indirizzo .....

Data di svolgimento ..... ore complessive .....

(Ripetere per ciascuna attività di aggiornamento)

**PUBBLICAZIONI edite a stampa** (allegare quelle ritenute più significative, in originale o in copia conforme all'originale)

Allegati

**ULTERIORI ATTIVITÀ**

.....  
Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante per esteso e leggibile) (1)

(1) La firma non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato.

**LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI DEVONO ESSERE COMPLETE DI TUTTI GLI ELEMENTI ED INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ATTO CHE SOSTITUISCONO.**

Fac simile

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ  
(art. 47 DPR 445/2000)**

In riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio per un incarico di **Direttore di Struttura Complessa di Medicina Fisica e Riabilitazione**, indetto con Deliberazione del Consiglio Provinciale n. 039/14 del 27.05.2014 dalla Provincia Lombardo Veneta Fatebenefratelli,

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 DPR 445/2000 sulla responsabilità penale di cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che le allegate copie dei sottoelencati titoli, sono conformi agli originali:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Data \_\_\_\_\_ Firma (1) \_\_\_\_\_

(1) La firma non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.

Nel caso in cui la domanda di partecipazione alla selezione venga spedita, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato.

**LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO NOTORIO DEVONO ESSERE COMPLETE DI TUTTI GLI ELEMENTI ED INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ATTO CHE SOSTITUISCONO.**