AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA OSPEDALIERA M.MELLINI
VIALE MAZZINI N.4
25032 - CHIARI (BS)

OGGETTO: Domanda di ammissione al concorso pubblico per titoli ed esami, per la copertura di **n. 5 incarichi a tempo indeterminato nel profilo Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Esperto – Ruolo Sanitario - Categoria – DS- con funzioni di Coordinamento – di cui il 50% riservato, ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs 150/2009, al personale interno dell'Azienda**, indetto in esecuzione alla deliberazione n. 57 del 8.2.2011 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 21-Serie Concorsi – del 15.3.2011).

Il/la sottoscritto/a……

nato/a a…….prov……il…….

C H I E D E

di essere ammesso a partecipare al concorso pubblico in oggetto.

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 496 del Codice Penale e dell'art. 76 della D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, dichiara :

1. di essere anagraficamente residente nel Comune di……

Prov …… Cap ……. Via ……...n. ……

Tel…….Cellulare……

2. che il proprio codice fiscale è ……
3. di essere fisicamente idoneo all'impiego;
4. di possedere la cittadinanza (***barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata***):

☐ italiana

☐ di uno dei Paesi dell'Unione Europea:……

ovvero

☐ di possedere il titolo di equiparazione

……..

5. di essere (***barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata***):

☐ iscritto/a nelle liste elettorali del

Comune……...Prov……..

ovvero

☐ non iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi

……..…..…….

6. ☐ di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti;

ovvero (***barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata***)

☐ di aver riportato le seguenti condanne penali e/o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti: …….....

……...

1. di non essere stato destituito o dispensato dal Servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

2. di essere in possesso dei seguenti **<u>requisiti specifici</u>** previsti dal bando:

Diploma Universitario di……

conseguito in data (gg/mm/aaaa) ……..

presso …….

(denominazione e indirizzo dell'Istituto)

ovvero

Diploma equipollente (ai sensi del D.M. San. 27.07.2000) di ……

……..

conseguito in data (gg/mm/aaaa) ……..

presso …….

(denominazione e indirizzo dell'Istituto)

3. Iscrizione Albo Professionale presso …….. in data……;

4. Master del primo Livello di Management o per le funzioni di Coordinamento nell'Area di appartenenza conseguito presso …….Il …….....;

5. Certificato di Abilitazione alle funzione direttive nell'Assistenza Infermieristica conseguito presso …… il ……;

6. di indicare la seguente lingua straniera sulla quale essere sottoposto a valutazione in sede di prova orale ***(barrare la casella di interesse)***:

inglese francese spagnolo tedesco

7. di essere in possesso dei seguenti **ulteriori** titoli di studio:

Titolo …….

conseguito in data (gg/mm/aaaa) ……..

presso …….

(denominazione e indirizzo dell'Istituto)

Titolo …….

conseguito in data (gg/mm/aaaa) ……..

presso …….

(denominazione e indirizzo dell'Istituto)

Titolo …….

conseguito in data (gg/mm/aaaa) ……..

presso …….

(denominazione e indirizzo dell'Istituto)

8. di essere nella seguente posizione agli effetti militari:

☐ non tenuto all'espletamento

☐ dispensato

☐ riformato

☐ con servizio svolto dal

Data inizio (gg/mm/aa): ……../……..../...…….

Data fine (gg/mm/aa):……../…..…....../……

in qualità di…….…….

(indicare grado/qualifica)

presso …….…….

……

9. ☐ di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

ovvero **(*barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata*)**

☐ di avere prestato o di prestare servizio effettivo c/o gli Enti o Aziende Pubbliche del S.S.N., o IPAB Sanitarie, o altri Enti Pubblici o strutture socio-sanitarie private accreditate, indicate (in ordine cronologico con esclusione dei tirocini formativi) di cui all'allegata **scheda n. 1/A**, composta da n. _____ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

☐ di avere prestato o di prestare servizio effettivo c/o strutture private, indicate (in ordine cronologico con esclusione dei tirocini formativi) di cui all'allegata **scheda n. 1/B**, composta da n. _____ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

10. ☐ di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

Data inizio (gg/mm/aa): …....../……../……

Data fine (gg/mm/aa): ……../……../...…..

Data inizio (gg/mm/aa): …….....…….....……

Data fine (gg/mm/aa):……....…….....…...……..

11. ☐ di aver partecipato, negli ultimi 7 anni, agli eventi formativi (elencati per tipologia di evento) di cui all'allegata **scheda n. 2**, composta da n. ____ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

12. ☐ di aver svolto, negli ultimi 7 anni, le attività di docenza di cui all'allegata **scheda n. 3,** composta da n. _____ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

13. ☐ di essere autore delle pubblicazioni edite a stampa (elencate per tipologia di pubblicazione) di cui all'allegata **scheda n. 4,** composta da n. _____ fogli, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente autodichiarazione;

14. ☐ di appartenere alla seguente categoria riservataria:

☐ volontario in ferma breve o prefissata quadriennale delle Forze Armate, congedato senza demerito (articolo 18, comma 6, D.Lgs. n. 215 dell'08.05.2001);

☐ Ufficiale di complemento in ferma biennale o Ufficiale in ferma prefissata, con almeno 18 mesi di servizio, congedato senza demerito delle Forze Armate, compresa l'Arma dei Carabinieri (articolo 11 D.Lgs. n. 236 del 31.07.2003);

☐ Lavoratore disabile iscritto nell'elenco di cui all'articolo 7, comma 2, della Legge n. 68/99 (specificare tipo e grado di invalidità): ……. …….……...

☐ Lavoratore previsto dall'articolo 18, comma 2, della Legge n. 68/99 (orfani e coniugi superstiti di coloro che siano deceduti per causa di lavoro, di guerra o di servizio, ovvero in conseguenza dell'aggravarsi dell'invalidità riportata per tali cause, nonché coniugi e figli di soggetti riconosciuti grandi invalidi per causa di guerra, di servizio e di lavoro e profughi italiani rimpatriati, il cui status è riconosciuto ai sensi della legge 26 dicembre 1981, n. 763) in quanto:……

15. di appartenere alle seguenti categorie con diritto a precedenza/preferenza ai sensi della normativa statale vigente: ……

16. di essere portatore di handicap riconosciuto, a seguito di accertamenti effettuati dalla commissioni mediche di cui all'art. 4 della legge n. 104/92 e di avere necessita dei seguenti ausili: ……

e dei seguenti tempi aggiuntivi ……

17. di accettare tutte le indicazioni e prescrizioni contenute nel Bando di Concorso e di manifestare il proprio consenso affinchè i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura nonché all'eventuale procedura di assunzione;

18. di eleggere il seguente domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni eventuale comunicazione, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive ed esonerando l'Azienda Ospedalirea M.Mellini da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità:

Sig./Sig.ra.....

presso.....

Via.....n. .....

Frazione …… del Comune di .....

(Prov. …….....)

c.a.p. ..…..... Telefono .....

Cellulare……

Allega alla presente domanda l'elenco (in doppia copia) dei documenti e dei titoli presentati.

Luogo,..... data .....

Firma

N.B.: Nel caso in cui la presente domanda non venga presentata personalmente all'Ufficio, andrà allegata copia di un valido documento di riconoscimento.

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'art.39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Il sottoscritto allega fotocopia fronte-retro del documento di identità

……

……..

rilasciato da……

in data ……..

Sottoscrizione in presenza del dipendente addetto
A.O. M.Mellini Chiari (Bs) - Servizio Risorse Umane

Attesto che il dichiarante Sig. ……

……., identificato tramite

……

…….…….. (*indicare se "conoscenza personale" o indicare gli estremi del documento di riconoscimento),* ammonito in merito alle conseguenze di chi rende dichiarazioni mendaci, ha reso e sottoscritto in mia presenza la suestesa dichiarazione.

Luogo……., data …….…….

IL FUNZIONARIOINCARICATO

_____

(Firma leggibile e qualifica)

SCHEDA n. 1/A

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per n. 5 incarichi a tempo indeterminato nel profilo Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Esperto – Ruolo Sanitario - Categoria – DS- con funzioni di Coordinamento – di cui il 50% riservato, ai sensi dell'art.24 del D.Lgs 150/2009, al personale interno dell'Azienda.

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA:**

- di aver prestato i seguenti servizi presso altri Enti (specificare se si tratta di Ente o Azienda Pubblica del S.S.N., o IPAB Sanitaria, o altri Enti Pubblici o strutture socio-sanitarie private accreditate);
- che per i sottoindicati servizi non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761.

Tipo Ente…….
(indicare se ente pubblico, ente privato o ente privato non accreditato)
Denominaz. Ente……
Indirizzo Ente……
Profilo Professionale……
Categoria……
Data inizio……/……/……
Data fine ……/……/……
ore sett.li (indicare se tempo pieno/tempo parziale con percentuale)
……..
Tipo di rapporto (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale, ecc,) ……
Causa di risoluzione rapporto di lavoro……..
Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n……

Tipo Ente…….
(indicare se ente pubblico, ente privato o ente privato non accreditato)
Denominaz. Ente……
Indirizzo Ente……
Profilo Professionale……
Categoria……
Data inizio……/……/……
Data fine ……/……/……
ore sett.li (indicare se tempo pieno/tempo parziale con percentuale)
……..
Tipo di rapporto (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale, ecc,)
……..

Causa di risoluzione rapporto di lavoro……

Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n……..

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non valutabilità dei predetti titoli da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n…….. di ……

(firma)……

SCHEDA n. 1/B

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per n. 5 incarichi a tempo indeterminato nel profilo Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Esperto – Ruolo Sanitario - Categoria – DS- con funzioni di Coordinamento – di cui il 50% riservato, ai sensi dell'art.24 del D.Lgs 150/2009, al personale interno dell'Azienda

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA** di aver prestato i seguenti servizi c/o **enti privati** diversi dalle strutture socio-sanitarie private accreditate:

Denominaz. Struttura……

Indirizzo Struttura……

Profilo Professionale……..……

Profilo Professionale……

Livello…..……

Data inizio……..……/……..……/……..……

Data fine ……..……/……..……/……..……

ore sett.li (indicare se tempo pieno/tempo parziale con percentuale)
……

Tipo di rapporto (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale, ecc,)
……

Causa di risoluzione rapporto di lavoro……

Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n……..

Denominaz. Struttura……

Indirizzo Struttura……

Profilo Professionale……..……

Profilo Professionale……

Livello…..……

Data inizio……..……/……..……/……..……

Data fine ……..……/……..……/……..……

ore sett.li (indicare se tempo pieno/tempo parziale con percentuale)
……

Tipo di rapporto (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale, ecc,)
……

Causa di risoluzione rapporto di lavoro……

Vedi allegato, per il quale si attesta la conformità all'originale, n……..

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non valutabilità dei predetti titoli da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n…….. di ……

(firma)……

SCHEDA n. 2

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per n. 5 incarichi a tempo indeterminato nel profilo Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Esperto – Ruolo Sanitario - Categoria – DS- con funzioni di Coordinamento – di cui il 50% riservato, ai sensi dell'art.24 del D.Lgs 150/2009, al personale interno dell'Azienda

Denominaz. Evento ……

Luogo Evento…….

Ente organizzatore……

Tipo di Evento Formativo (indicare se convegno, congresso, seminario, workshop, ecc…)……

Data inizio……/……/……

Data fine ……/……/……

Giorni Totali…… Ore Totali……

Vedi allegato, n……. per il quale si attesta la conformità all'originale

Denominaz. Evento ……

Luogo Evento……

Ente organizzatore……

Tipo di Evento Formativo (indicare se convegno, congresso, seminario, workshop, ecc…)……

Data inizio……/……/……

Data fine ……/……/……

Giorni Totali…… Ore Totali……

Vedi allegato, n……. per il quale si attesta la conformità all'originale

Denominaz. Evento ……

Luogo Evento……

Ente organizzatore……

Tipo di Evento Formativo (indicare se convegno, congresso, seminario, workshop, ecc…)……

Data inizio……/……/……

Data fine ……/……/……

Giorni Totali…… Ore Totali……

Vedi allegato, n……. per il quale si attesta la conformità all'originale

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non valutabilità dei predetti titoli da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n…….. di ……

(firma)……

SCHEDA n. 3

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per n. 5 incarichi a tempo indeterminato nel profilo Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Esperto – Ruolo Sanitario - Categoria – DS- con funzioni di Coordinamento – di cui il 50% riservato, ai sensi dell'art.24 del D.Lgs 150/2009, al personale interno dell'Azienda

Tipologia di attività di docenza……..……
Corso……
Istituto di svolgimento……
Destinatari del corso……..……
Data inizio……/……..……/……..……
Data fine ……..……/……..……/……..…
Giorni Totali…… Ore Totali……
Vedi allegato,n…….. per il quale si attesta la conformità all'originale.

Tipologia di attività di docenza……..……
Corso……
Istituto di svolgimento……
Destinatari del corso……..……
Data inizio……/……..……/……..……
Data fine ……..……/……..……/……..…
Giorni Totali…… Ore Totali……
Vedi allegato,n…….. per il quale si attesta la conformità all'originale.

Tipologia di attività di docenza……..……
Corso……
Istituto di svolgimento……
Destinatari del corso……..……
Data inizio……/……..……/……..……
Data fine ……..……/……..……/……..…
Giorni Totali…… Ore Totali……
Vedi allegato,n…….. per il quale si attesta la conformità all'originale.

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non valutabilità dei predetti titoli da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n……. di ……

(firma)……

SCHEDA n. 4

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per n. 5 incarichi a tempo indeterminato nel profilo Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Esperto – Ruolo Sanitario - Categoria – DS- con funzioni di Coordinamento – di cui il 50% riservato, ai sensi dell'art.24 del D.Lgs 150/2009, al personale interno dell'Azienda

Indicare se LIBRO, ABSTRACT, POSTER……..
Titolo……..……
Anno di Pubblicazione……..……
Nome Rivista o Casa Editrice……..……
Indicare se AUTORE o COAUTORE……..……
Vedi allegato,n……. per il quale si attesta la conformità all'originale.

Indicare se LIBRO, ABSTRACT, POSTER……..
Titolo……..……
Anno di Pubblicazione……..……
Nome Rivista o Casa Editrice……..……
Indicare se AUTORE o COAUTORE……..……
Vedi allegato,n……. per il quale si attesta la conformità all'originale.

Indicare se LIBRO, ABSTRACT, POSTER……..
Titolo……..……
Anno di Pubblicazione……..……
Nome Rivista o Casa Editrice……..……
Indicare se AUTORE o COAUTORE……..……
Vedi allegato,n……. per il quale si attesta la conformità all'originale.

Indicare se LIBRO, ABSTRACT, POSTER……..
Titolo……..……
Anno di Pubblicazione……..……
Nome Rivista o Casa Editrice……..……
Indicare se AUTORE o COAUTORE……..……
Vedi allegato,n……. per il quale si attesta la conformità all'originale.

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non valutabilità dei predetti titoli da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n…….. di……..

(firma)……

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e sostitutiva di certificazioni
(artt. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e succ. modificazioni ed integrazioni)

Il/La sottoscritto/a …….

nato/a a ……. il ….……

residente a …… via……..

documento di identità n.....…….....…….

rilasciato in data ……..…… da....……..……

in relazione alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per n. 5 incarichi a tempo indeterminato nel profilo Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Esperto – Ruolo Sanitario - Categoria – DS- con funzioni di Coordinamento – di cui il 50% riservato, ai sensi dell'art.24 del D.Lgs 150/2009, al personale interno dell'Azienda

DICHIARA

che le copie degli allegati documenti, numerati dal n. … al n. ……, e sottoscritti sul retro, non già allegati alle schede dal n. 1 al n 4, sono conformi all'originale in mio possesso;

altre dichiarazioni……

……..

Il/La sottoscritto/a è consapevole di essere penalmente sanzionabile se rilascia false dichiarazioni (articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 modificato dalla Legge 16 gennaio 2003, n. 3) e di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni (articolo 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 modificato dalla Legge 16 gennaio 2003, n. 3).

Luogo,..... data .....

Firma

AVVERTENZE IMPORTANTI

L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (articolo 71 del D.P.R. n. 445/2000 modificato dalla Legge 16 gennaio 2003, n. 3). I dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (articolo 10 della Legge 31 dicembre 1996 n. 675). Il presente modello può essere utilizzato per quei titoli che il candidato riterrà opportuno dichiarare agli effetti della valutazione, sia per la dichiarazione di conformità all'originale dei titoli presentati in fotocopia, non già dichiarati nelel precedenti schede.

(a) ai sensi dell'articolo 3 – comma 11 della Legge 15 maggio 1997, n. 127, della circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri 27 maggio 1998 n. 4/98 e della circolare del Ministero dell'Interno 15 luglio 1997 n. 11, l'autenticità della firma in calce alla dichiarazione (la quale conserva immutate le caratteristiche di "dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà") potrà, oltre che nelle consuete forme, essere effettuata allegando la fotocopia di un valido documento di identità del firmatario.

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'art.39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Il sottoscritto allega fotocopia fronte-retro del documento di identità ……
rilasciato da…….. in data ……

Sottoscrizione in presenza del dipendente addetto
A.O. Mellino Mellini Chiari (Bs) - Servizio Risorse Umane

Attesto che il dichiarante Sig. ……, identificato tramite ……
(*indicare se "conoscenza personale" o indicare gli estremi del documento di riconoscimento),* ammonito in merito alle conseguenze di chi rende dichiarazioni mendaci, ha reso e sottoscritto in mia presenza la suestesa dichiarazione.

Luogo…….., data ……..…….

IL FUNZIONARIO INCARICATO

(Firma leggibile e qualifica)