

Schema di domanda di partecipazione(*)

**AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
DI FERRARA
Via A. CASSOLI 30
44121 FERRARA**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Recapiti Telefonici _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Indirizzo PEC _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza):

Via/Piazza _____ n. _____

Località _____ Prov. _____ CAP _____

Recapiti telefonici _____

Modalità con cui intendo ricevere ogni necessaria comunicazione inerente alla selezione:

Raccomandata A/R ☐

Posta Elettronica Certificata (PEC) ☐

Chiede di essere ammesso/a all'avviso per il conferimento di **INCARICO QUINQUENNALE DI STRUTTURA COMPLESSA DI DIRIGENTE MEDICO - DIRETTORE DELL'U.O.C. DENOMINATA: "CHIRURGIA VASCOLARE" Presso L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA.**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA:
(barrare le caselle che interessano)

☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana

ovvero:

☐ di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana: cittadino _____ stato membro della Comunità Europea;

☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____

ovvero

☐ di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:

☐ di non aver mai riportato condanne penali e di non avere conoscenza di procedimenti penali pendenti a proprio carico

ovvero

☐ di avere riportato le seguenti condanne penali (da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto o perdono giudiziale): _____;

ovvero

☐ di avere i seguenti carichi penali pendenti _____ - presso il Tribunale di _____;

di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:

☐ diploma di laurea in _____ conseguito il _____ presso l'Università di _____;

☐ abilitazione all'esercizio della professione nell'anno: _____;

☐ iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici della Prov. di _____ al n. _____;

☐ diploma di specializzazione nella disciplina di _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ durata legale del corso anni _____;

☐ anzianità di servizio di anni _____ maturata nella disciplina di _____;

di PRESTARE servizio con rapporto di lavoro subordinato presso la seguente Pubblica Amministrazione:

☐ Azienda/Ente (denominazione esatta) _____;

☐ con la qualifica di _____ disciplina _____;

☐ a tempo (determinato/indeterminato) _____;

☐ con rapporto di lavoro a tempo (pieno/part-time) _____ n. ore sett.li _____;

☐ dal _____;

di AVER PRESTATO servizio con rapporto di lavoro subordinato presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni:

☐ Azienda/Ente (denominazione esatta) _____;

☐ Con la qualifica di _____ disciplina _____;

☐ a tempo (determinato/indeterminato) _____;

☐ con rapporto di lavoro a tempo (pieno/part-time) _____ n. ore sett.li _____;

☐ dal _____ al _____;

☐ causa _____ risoluzione _____ rapporto di lavoro _____;

☐ di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego, ovvero licenziato presso Pubbliche Amministrazioni;

☐ di essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione: _____;

- ☐ di optare, nel caso di conferimento dell'incarico, per il rapporto di lavoro esclusivo e di essere consapevole che tale opzione è immodificabile per tutta la durata dell'incarico;
- ☐ di non optare, nel caso di conferimento dell'incarico, per il rapporto di lavoro esclusivo;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTODI NOTORIETA' (Artt. 19 e 47 DPR 445/2000)

Il sottoscritto/a preventivamente ammonito/a circa la responsabilità penale cui, ai sensi dell'art. 76 del DPR445/2000 può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci DICHIARA:

- ☐ che le dichiarazioni contenute nell'allegato curriculum formativo e professionale sono veritiere
- ☐ che tutte le fotocopie dei titoli allegati sono conformi all'originale.

A fine della valutazione di merito, il/la sottoscritto/a presenta un curriculum formativo e professionale redatto su carta semplice datato e firmato.

Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco redatto in duplice copia, in carta semplice.

Data _____

FIRMA _____

Le domande e la documentazione allegata devono essere trasmesse esclusivamente:

- A mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, all'**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA Via Arturo Cassoli 30 - 44121 – FERRARA.**
- Ovvero presentate direttamente al **PROTOCOLLO GENERALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA, via Arturo Cassoli 30 – 44121 Ferrara, dal Lunedì al Venerdì, dalle ore 8,30 alle ore 13.00.** All'atto della presentazione della domanda sarà rilasciata apposita ricevuta.
- **Tramite utilizzo della casella di posta elettronica certificata**, entro la data di scadenza dell'avviso, all'indirizzo protocollo@pec.ospfe.it. L'oggetto del messaggio, dovrà contenere la dicitura *"contiene domanda all'avviso pubblico di struttura complessa (indicare nome e cognome)"*. Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata PERSONALE. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC Aziendale.