

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: "SERVIZIO IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONALE" 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.