

Azienda sanitaria locale 'CN2'

Avviso pubblico per incarico a tempo determinato, per mesi otto, a n. 1 posto di Dirigente Medico S.O.C. Otorinolaringoiatria.

In esecuzione alla determinazione n. 276/000/PER/12/0079 del 28.02.2012 è indetto avviso pubblico di ricerca per titoli e prova teorico-pratica comprensiva di colloquio, per incarico a tempo determinato, per mesi otto, a: *n. 1 posto di Dirigente Medico S.O.C. Otorinolaringoiatria, a rapporto esclusivo,*

da attribuirsi a favore dei candidati che risultino in possesso dei requisiti richiesti e che presentino maggiori titoli da valutarsi con i criteri di cui al D.P.R. 10.12.1997 n. 483 e successive modificazioni.

Requisiti specifici richiesti:

-Laurea in Medicina e Chirurgia

-Specializzazione nella disciplina oggetto dell'avviso od equipollente od affine

-Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici, attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del bando.

Il termine per la presentazione delle domande, redatte su carta semplice, corredate dei documenti prescritti, scade alle ore 12 del 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte.

Qualora detto termine coincida con un giorno festivo si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Le domande devono pervenire all'A.S.L. CN2 Via Vida, 10 — 12051 Alba (CN), entro il termine di scadenza.

La prova teorico-pratica, comprensiva di colloquio, verterà sulle materie inerenti alla disciplina oggetto dell'avviso, nonché sui compiti connessi alla funzione da conferire.

Il Commissario si riserva la facoltà di modificare, prorogare o revocare il presente avviso.

Per ulteriori informazioni, rivolgersi alla S.O.C. Amm.ne del Personale A.S.L. CN2 – Alba-Bra - Tel. 0173/316205/521

Il Direttore
S.O.C. Amministrazione del Personale
Franco Cane

Allegato

(Fac simile domanda)

AL COMMISSARIO
A.S.L. CN2
Via Vida, 10
12051 ALBA (CN)

Il/la sottoscritt _____

(nome e cognome, le donne coniugate dovranno indicare il cognome da nubili)

nato/a a _____ (prov. _____) il _____ residente in _____
(prov. _____) Via _____ n. _____, chiede di essere ammesso
all'avviso pubblico per la copertura di: n. _____ posto/i di _____

Dichiara sotto la propria responsabilità:

- 1) di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- 2) di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____1)
- 3) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- 4) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- 5) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
Laurea in _____ conseguita in data _____ presso _____
Specializzazione in _____ conseguita in data _____ presso _____(2)
- 6) di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi gli obblighi militari: _____
- 7) di prestare servizio presso _____ in qualità di _____
ovvero: di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche
amministrazioni: _____(3)
ovvero: di non avere mai prestato servizio presso pubbliche amministrazioni;
- 8) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- 9) di essere in possesso dei requisiti generali e specifici di ammissione al concorso previsti dal presente bando;
- 10) di essere iscritto all'Albo.....di.....dal
- 11) di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto ad usufruire di riserve, precedenza o preferenze:.....
- 12) di autorizzare l'A.S.L. al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs.196/03 per gli adempimenti connessi alla procedura concorsuale;
- 13) di voler ricevere ogni comunicazione relativa al concorso al seguente indirizzo:

(cognome e nome, indirizzo, città, c.a.p., telefono)

Data _____

Firma

- 1) In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicare i motivi.
- 2) Indicare per l'eventuale Specializzazione la durata del corso degli studi per il conseguimento della stessa;
- 3) Indicare le eventuali cause di cessazione di precedenti rapporti di pubblico impiego.

*Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 29.12.2000, n. 445
(riguardante i servizi prestati)*

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti
falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,
dichiara di aver prestato o di prestare servizi presso i seguenti Enti:

Ente	Dal (gg/m/a/)	Al (gg/m/a/)	Qualifica	Tipo di rapporto*

* indicare se a tempo indeterminato, incaricato, supplente o libero professionista/consulente con
indicazione dell'impegno orario settimanale ed in caso di risoluzione del rapporto di lavoro,
indicarne le cause.

Per i servizi svolti, dichiaro che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46
del D.P.R. 761/79 in presenza delle quali il punteggio deve essere ridotto e dichiara altresì:

o di non aver fruito di aspettativa senza assegni.

o di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

dal _____ al _____

Il Dichiarante

Data _____ Firma _____

Sottoscrizione non in presenza del dipendente addetto

Allego fotocopia non autenticata fronte-retro del seguente documento di identità:

Tipo: _____ rilasciato il _____ da _____

Sottoscrizione in presenza del dipendente addetto, previa esibizione di documento di identità

Per sottoscrizione apposta in mia presenza

Alba, _____ Il dipendente addetto _____

*Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai
sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 29.12.2000, n. 445
(riguardante stati, qualità personali o fatti comprovati con la sola dichiarazione)*

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti
falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,
dichiara quanto segue: _____

Il Dichiarante

Data _____ Firma _____

Sottoscrizione non in presenza del dipendente addetto (art. 38, D.P.R. n. 445/2000)

Allego fotocopia non autenticata fronte-retro del seguente documento di identità:

Tipo: _____ rilasciato il _____ da _____

*Sottoscrizione in presenza del dipendente addetto, previa esibizione di documento di identità (art.
38, D.P.R. n. 445/2000)*

Per sottoscrizione apposta in mia presenza

Alba, _____ Il dipendente addetto _____