

Azienda sanitaria locale 'CN2'

**Avviso pubblico di incarico a tempo determinato per mesi sei a n. 1 posto di Dirigente medico SOC Anestesia rianimazione.**

E' indetto avviso pubblico di ricerca per titoli e prova teorico-pratica comprensiva di colloquio, per incarico a tempo determinato, per mesi sei, a:

n. 1 posto di Dirigente Medico  
S.O.C. Anestesia Rianimazione, 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
- Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici;

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:

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

\* 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 \_\_\_\_\_