

Allegato B

FAC-SIMILE DOMANDA

RACCOMANDATA A. R.

Alla Regione Piemonte
Direzione

DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL GIUDIZIO DI IDONEITA' AI FINI DELL'INQUADRAMENTO NELLA DIRIGENZA MEDICA DEL RUOLO SANITARIO (art. 8, co. 1-bis D.Lgs. n. 502/92 s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a chiede ai sensi dell'art. 8, comma 1 bis, del D. Lgs. n. 502/92 s.m.i., di essere ammesso/a a partecipare al giudizio di idoneità di cui al D.P.C.M. n. 502/97 ai fini dell'inquadramento nella dirigenza medica del ruolo sanitario presso l'Azienda Sanitaria Regionale di appartenenza.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

D I C H I A R A

Cognome e nome _____
 data di nascita _____ comune di nascita _____ prov. _____
 comune di residenza _____ località _____ C.A.P. _____ prov. _____
 via/piazza _____ n. _____
 telefono _____ / _____

- 1) di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università degli Studi di in data con la votazione di/110
- 2) di essere in possesso degli altri requisiti generali e specifici previsti;
- 3) di essere titolare di un incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Sanitaria della Regione Piemonte alla data del 31/7/1999;
- 4) di aver maturato un'anzianità di titolarità di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale, di almeno 5 anni alla data di scadenza del presente avviso;
- 5) di aver prestato attività lavorativa con rapporto convenzionale in qualità di medico di emergenza sanitaria territoriale nelle seguenti Aziende Sanitarie Regionali:

a) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
b) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
c) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
d) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
e) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
f) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
g) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
h) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
i) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
j) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
k) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
l) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
m) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
n) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
o) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
p) Asr	ore sett.li	dal (gg/mm/aa)	al (gg/mm/aa)
- 6) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale alla data di pubblicazione del presente avviso;
- 7) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

- a) Specializzazione conseguita presso in data
- b) Specializzazione conseguita presso in data
- c) Specializzazione conseguita presso in data
- 8) di essere in possesso delle seguenti lauree, oltre a quella richiesta per l'ammissione al giudizio di idoneità, comprese tra quelle previste per l'appartenenza al ruolo sanitario:
 - a) Diploma di Laurea in conseguito presso in data
 - b) Diploma di Laurea in conseguito presso in data
 - c) Diploma di Laurea in conseguito presso in data
- 9) di allegare le seguenti pubblicazioni e titoli scientifici:
 - a)
 - b)
 - c)
 - d)
 - e)
 - f)
 - g)
 - h)
 - i)
 - j)
 - k)
 - l)

8) di presentare il curriculum formativo, allegando la relativa documentazione formale.

Chiede che ogni comunicazione relativa a questa domanda venga inviata al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza)

.....
.....

Luogo e data _____ Firma per esteso⁽¹⁾ _____

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30-6-2003 n. 196 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

La domanda deve essere compilata, a macchina o in stampatello, in ogni sua parte.

Allegato C

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
E DI ATTO DI NOTORIETA'** (art. 46 - 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a cognome _____

nome _____

nato/a a _____ provincia _____

il _____ residente a _____ (provincia) _____

indirizzo _____ c.a.p. _____

telefono _____

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art.76 del citato D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

di essere in possesso del/dei seguente titolo/i (vedi nota 1 in calce al presente modulo) che conferiscono preferenza a parità di punteggio ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994, la cui documentazione è in possesso dell'amministrazione pubblica indicata a fianco (indicare anche la sede che ne è in possesso):

Luogo e data _____ Firma per esteso⁽²⁾ _____

NOTA 1 :

A parità di merito i titoli di preferenza in ordine di priorità, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994, sono:

- a) gli insigniti di medaglia al valore militare;
- b) i mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti;

- c) i mutilati ed invalidi per fatto di guerra;
- d) i mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- e) gli orfani di guerra;
- f) gli orfani dei caduti per fatto di guerra;
- g) gli orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;
- h) i feriti in combattimento;
- i) gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerosa;
- l) i figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
- m) i figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra;
- n) i figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- o) i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti di guerra;
- p) i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra;
- q) i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;
- r) coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti;
- s) coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno nell'amministrazione che ha indetto il concorso;
- t) i coniugati e i non coniugati con riguardo al numero dei figli a carico;
- u) gli invalidi ed i mutilati civili;
- v) i militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma.

A parità di merito e di titoli la preferenza è determinata:

- a) dal numero dei figli a carico, indipendentemente dal fatto che il candidato sia coniugato o meno;
- b) dall'aver prestato lodevole servizio nelle amministrazioni pubbliche;
- d) dalla più giovane età.

NOTA2:

La sottoscrizione della presente istanza non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.