

ALLEGATO A)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER SOLI TITOLI, PER INCARICHI DA CONFERIRE A MEDICI SPECIALIZZATI, MEDICI SPECIALIZZANDI, OVVERO MEDICI IN POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALL'ART. 12, CO. 1, D.L. 34 DEL 30/03/2023, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, NELLA LEGGE 26/05/2023 N. 56, DISCIPLINA MEDICINA D'EMERGENZA - URGENZA, DA ASSEGNARE AL P.S. _____.

**AL COMMISSARIO STRAORDINARIO A.S.L. DI LATINA
Viale P.L. Nervi, s.n.c. Torre G/2, 04100 LATINA**

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome e nome)

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare

ALL'AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER SOLI TITOLI, PER INCARICHI DA CONFERIRE A MEDICI SPECIALIZZATI, MEDICI SPECIALIZZANDI, OVVERO MEDICI IN POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALL'ART. 12, CO. 1, D.L. 34 DEL 30/03/2023, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, NELLA LEGGE 26/05/2023 N. 56, DISCIPLINA MEDICINA D'EMERGENZA - URGENZA, DA ASSEGNARE AL P.S.

_____.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere nato/a a _____ Prov _____

il _____ Codice Fiscale _____

e di essere residente nel Comune di _____ Prov _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Tel _____

Email _____

PEC: _____

- ☐ di optare per il rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato;

- ☐ di optare per la collaborazione libero-professionale e di essere titolare di partita IVA n° _____, ovvero di impegnarsi ad aprirla nel caso di affidamento dell'incarico;

☐ di eleggere il seguente domicilio per ogni necessaria comunicazione, (in caso di mancata indicazione vale la residenza di cui al punto precedente):

Comune di _____ Prov _____

Via _____ n _____ CAP _____;

☐ di essere cittadino/a _____ ovvero _____;

☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ Prov _____; ovvero:

☐ di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare i motivi della mancata iscrizione o cancellazione dalle liste elettorali) _____;

☐ di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso; ovvero:

☐ di aver riportato le seguenti condanne penali, o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti _____;

☐ di essere in possesso del Diploma di Laurea in _____, conseguito presso l'Università di _____ in data _____;

☐ di essere in possesso del Diploma di Specializzazione nella Disciplina di _____ conseguito presso l'Università di _____ in data _____ (durata del corso: anni _____);

☐ di essere iscritto al _____ anno della Scuola di Specializzazione in _____ presso l'Università di _____ (durata del corso: anni _____)

☐ di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 12, co. 1, D.L. 34 del 30/03/2023, convertito, con modificazioni, nella Legge 26/05/2023 n. 56, come da servizio prestato ai sensi della richiamata normativa dichiarato nell'allegato curriculum;

☐ di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine _____ della Provincia di _____ al n. _____ dal _____;

☐ di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/6/2003 e sm.i. secondo la recente e vigente normativa regolamentare di matrice europea;

☐ di accettare, senza riserva, tutte le prescrizioni e precisazioni contenute nel presente avviso e tutte le norme in esso richiamate.

☐ di non essere stato dispensato o destituito dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni o interdetto da Pubblici Uffici, in base a sentenza passata in giudicato;

Il/La sottoscritto/a dichiara di non trovarsi in situazione di incompatibilità, inconferibilità e conflitto di interessi anche potenziale, secondo la normativa vigente, in funzione del conferimento dell'incarico professionale di che trattasi.

Il/La sottoscritto/a _____ allega alla presente domanda la sotto elencata documentazione prevista dal bando di selezione, accettando le condizioni fissate nello stesso:

☐ curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato, secondo il modello di cui all'Allegato B;

☐ copia non autenticata di un documento di identità personale, leggibile in tutte le sue parti, in corso di validità;

☐ Altro _____.

Data, _____

Il dichiarante

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER SOLI TITOLI, PER INCARICHI DA CONFERIRE A MEDICI SPECIALIZZATI, MEDICI SPECIALIZZANDI, OVVERO MEDICI IN POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALL'ART. 12, CO. 1, D.L. 34 DEL 30/03/2023, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, NELLA LEGGE 26/05/2023 N. 56, DISCIPLINA MEDICINA D'EMERGENZA - URGENZA, DA ASSEGNARE AL P.S.

_____.

IO SOTTOSCRITTO/A _____

consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;

valendomi delle disposizioni di cui al DPR 28.12.2000 n. 445 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n.183;

consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA':

di essere nato/a a _____ (____) il _____

C. F. _____ e di risiedere a _____
(____)

Indirizzo _____ n. ____ C.A.P. _____

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

/ di essere in possesso del seguente titolo di

studio _____ conseguito in data _____ voto _____

presso _____

/ di essere in possesso di SPECIALIZZAZIONE in _____

_____ conseguita in data _____ voto _____

presso _____ ;

/ di essere iscritto/a al _____ anno del corso di SPECIALIZZAZIONE in _____

_____, durata legale del corso _____ anni, presso _____;

/ di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 12, co. 1, D.L. 34 del 30/03/2023, convertito, con modificazioni, nella Legge 26/05/2023 n. 56, come da servizio prestato ai sensi della richiamata normativa e di seguito dichiarato nella sezione "Esperienza Lavorativa".

ALTRI TITOLI DI STUDIO (da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse rilasciato dall'ente competente):

TITOLO:

conseguita in data _____ presso _____

con sede in _____

TITOLO:

conseguita in data _____ presso _____

con sede in _____

Ulteriori qualificazioni professionali possedute:

TITOLO:

conseguita in data _____ presso _____

con sede in _____

ulteriori informazioni:

ESPERIENZA LAVORATIVA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa), per un totale di ore _____

_____ presso _____

(denominazione dell'ente) con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- ☐ Pubblica Amministrazione o equiparata
- ☐ Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale*
- ☐ Struttura Privata

** È necessario precisare l'esistenza dell'accreditamento e delle convenzioni con il SSN per rendere possibile la valutazione dell'esperienza professionale*

con contratto di tipo:

- ☐ dipendente;
☐ in regime convenzionale (fornire dati identificativi)

☐ contratto di lavoro autonomo di tipo:

_____ in qualità di
_____ (indicare qualifica)

☐ altre forme di lavoro flessibile: _____ (specificare)

☐ a tempo determinato con rapporto di lavoro: ☐ a tempo pieno
☐ a impegno ridotto (ore sett. _____)

☐ a tempo indeterminato con rapporto di lavoro: ☐ a tempo pieno
☐ a impegno ridotto (ore sett. _____)

☐ con incarico di _____ (indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

☐ attività prestata presso i servizi di Emergenza - Urgenza;

Motivo dell'eventuale cessazione:

Eventuali interruzioni: ☐ NO ☐ SI

per i seguenti motivi:

dal _____ al _____

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le pubblicazioni allegate al curriculum riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita. Si ricorda che le pubblicazioni vengono considerate ai fini della valorizzazione dei titoli solo se prodotte in forma integrale, in originale o copia conforme)

TITOLO: _____

AUTORI:

DATA DI PUBBLICAZIONE: _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE {es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.) _____

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE {riportando Nome/Titolo - anno - Voi. - pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE:

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO: _____

AUTORI:

DATA DI PUBBLICAZIONE: _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE {es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.) _____

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE {riportando Nome/Titolo - anno - Voi. - pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE:

ATTI CONGRESSUALI: _____

PRESENZE A CORSI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO:

TIPOLOGIA: (corso/congresso/seminario/convegno/simposio)

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESEZIATO COME: O DISCENTE O RELATORE

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____ ovvero

NEI GIORNI DAL _____ al _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

O con superamento esame finale

O non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO:

TIPOLOGIA: (corso/congresso/seminario/convegno/simposio)

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENZIATO COME: O DISCENTE O RELATORE
DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____ ovvero
NEI GIORNI DAL _____ al _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____
O con superamento esame finale
O non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: _____

TIPOLOGIA: (corso/congresso/seminario/convegno/simposio)

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENZIATO COME: O DISCENTE O RELATORE
DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____ ovvero
NEI GIORNI DAL _____ al _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____
O con superamento esame finale
O non previsto esame finale

ATTIVITÀ DIDATTICA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di docenza riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

dal _____ **al** _____

Presso _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico) _____

tipologia contrattuale: _____

dal _____ **al** _____

Presso _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico) _____

tipologia contrattuale: _____

dal _____ **al** _____

Presso _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico) _____

tipologia contrattuale: _____

dal _____ **al** _____

Presso _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico) _____

tipologia contrattuale: _____

ATTIVITÀ DI RICERCA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a soggiorni di studio riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: dal _____ al _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: dal _____ al _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: dal _____ al _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

ALTRE ESPERIENZE, ATTINENTI ALL'INCARICO DA CONFERIRE, CHE IL CANDIDATO RITENGA OPPORTUNO AUTOCERTIFICARE (Tirocini formativi, ecc)

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: dal _____ al _____

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: dal _____ al _____

- Ulteriori informazioni:

Il presente curriculum professionale consta di n. ____ pagine così come risulta dalla numerazione manualmente apposta in ogni pagina.

il Dichiarante _____

lì _____

(allegare copia fronte/retro documento di riconoscimento)