



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

SCHEMA DI DOMANDA

AL DIRETTORE GENERALE
ASL VCO
Via Mazzini n. 117
28887 OMEGNA

Il/La sottoscritt _____ (nome e cognome) chiede di essere ammesso a partecipare alla pubblica selezione per il conferimento dell'incarico quinquennale, ai sensi dell'art. 15 D. Lgs. n. 502/92, e s.m.i., di

DIRIGENTE MEDICO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA _____

Disciplina _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00, e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/00, e s.m.i., nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna, dichiara sotto la propria personale responsabilità :

- 1) di essere nat_ a _____ (prov. ____) il _____ C. F. _____;
- 2) di risiedere a _____ (CAP _____) (prov. ____),
in Via _____ n.____ tel. _____ cell. _____ e-mail _____ pec _____;
- 3) di essere in possesso della cittadinanza italiana, ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana: _____;
- 4) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____, ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle liste medesime;
- 5) di non essere stato interdetto dai pubblici uffici, di non essere stato destituito o dispensato o licenziato dall'impiego presso una pubblica amministrazione, di non essere stato dichiarato decaduto da un impiego presso una pubblica amministrazione a seguito dell'accertamento che l'impiego stesso è stato conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabili o con dichiarazioni mendaci, di non essere un lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza, ovvero di essere _____, di avere _____, ovvero di essere cessato dal servizio presso una pubblica amministrazione per il seguente motivo _____;
- 6) di non aver riportato pronunce definitive di condanna, ancorché non menzionate nel casellario giudiziale, o di patteggiamento, 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, di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali, ovvero di essere _____, di avere _____;
- 7) di non aver riportato condanne, anche con sentenza non definitiva, per i reati previsti dalle leggi antimafia e per i reati previsti dal capo I titolo II del libro secondo del Codice Penale (delitti contro la P. A.), di non aver procedimenti pendenti per tali reati, di non avere un contenzioso in corso con l'A.S.L. VCO e di non trovarsi in una situazione di conflitto di interessi con la medesima, ovvero di essere _____, di avere _____;
- 8) di trovarsi nella seguente posizione nei confronti degli obblighi militari (per i soggetti nati entro il 1985) _____;



- 9) di essere in possesso, alla data di scadenza stabilita dall'avviso, dei requisiti generali e specifici di ammissione;
- 10) di essere in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito presso _____ in data _____ con voti _____ titolo della tesi _____;
- 11) di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici di _____ dal _____ al n. _____;
- 12) di essere in possesso della specializzazione in _____ conseguita presso _____ in data _____ con voti _____, titolo della tesi _____, a seguito di corso di durata legale di _____ anni accademici;
- 13) di essere in possesso della seguente anzianità di servizio di cui all'art. 5, c. 1, lett. b) D.P.R. n. 484/97 e del D. M. n. 184/00 (indicare: datore di lavoro, tipologia del rapporto, posizione funzionale o qualifica rivestita, disciplina di inquadramento, periodo con date di inizio e fine complete di giorno/mese/anno, rapporto esclusivo/non esclusivo): _____;
- 14) di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni con indicazione delle eventuali cause di cessazione _____;
- 15) di essere in possesso del seguente attestato di partecipazione al corso regionale di formazione manageriale ex art 5, c. 1, lett. d) del D.P.R. n. 484/97 (eventuale): _____;
- 16) di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego, ovvero di essere portatore del seguente handicap _____ e di aver bisogno dei seguenti tempi aggiuntivi _____ e del seguente ausilio _____;
- 17) di accettare le condizioni fissate dall'avviso;
- 18) di autorizzare, ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679), l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura di che trattasi e come indicato nel relativo bando.
- 19) di inviare eventuali comunicazioni al seguente indirizzo _____, esonerando l'A.S.L. VCO da ogni responsabilità nel caso di irreperibilità.

All'uopo allega, in carta semplice:

- 1) dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa all'iscrizione all'albo professionale, attestante il possesso del requisito specifico di cui all'art. 5, c. 1, lett. a) D.P.R. n. 484/97;
- 2) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa al servizio, attestante il possesso del requisito specifico di cui all'art. 5, c. 1, lett. b) D.P.R. n. 484/97 e del D. M. n. 184/00;
- 3) curriculum formativo e professionale, datato e firmato;
- 4) dichiarazione relativa alla tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e la tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime;
- 5) dichiarazione relativa alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate (casistica);
- 6) attestato di partecipazione al corso regionale di formazione manageriale ex art 5, c. 1, lett. d) del D.P.R. n. 484/97 (eventuale);
- 7) copia fotostatica non autenticata di documento di identità e di riconoscimento in corso di validità;
- 8) due copie elenco documenti/titoli materialmente e concretamente prodotti/allegati, datato e firmato.

DATA, _____

FIRMA _____



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

a cui si allegano:

dichiarazione relativa alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate (casistica),
dichiarazione relativa alla tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso cui ha svolto attività
Autocertificazioni (artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto

| COGNOME E NOME | NATO A | IL |
|----------------|--------|----|
| | | |

| RESIDENTE (Luogo/provincia) | IN (indirizzo) | TELEFONO CELLULARE EMAIL e PEC |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

in riferimento alla domanda di partecipazione alla pubblica selezione per il conferimento dell'incarico quinquennale, ai sensi dell'art. 15 D. Lgs. n. 502/92, e s.m.i., di

DIRIGENTE MEDICO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA

Disciplina _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenuti dati non più rispondenti a verità, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna, dichiara sotto la propria personale responsabilità che quanto di seguito riportato corrisponde a verità.

DICHIARA

(compilare le voci che riguardano le dichiarazioni effettuate)

➤ di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

| DENOMINAZIONE E TITOLO DI STUDIO | ISTITUTO SCOLASTICO | SEDE ISTITUTO SCOLASTICO | DATA RILASCIO | VOTO |
|-------------------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------|------|
| | | | | |

| LAUREA | UNIVERSITA' | SEDE UNIVERSITA' | DATA RILASCIO | VOTO |
|--------|-------------|------------------|---------------|------|
| | | | | |

Durata legale del corso di laurea (anni accademici) _____

Estremi del provvedimento di riconoscimento di eventuale titolo di studio
conseguito all'estero: _____



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

| SPECIALIZZAZIONE | UNIVERSITA' | SEDE UNIVERSITA' | DATA RILASCIO | VOTO |
|------------------|-------------|------------------|---------------|------|
| | | | | |

Durata legale del corso di specializzazione (anni accademici) _____

Titolo tesi di specializzazione _____

Estremi del provvedimento di riconoscimento di eventuale titolo di studio conseguito all'estero:

➤ di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della seguente professione:

| PROFESSIONE | UNIVERSITA' | SEDE UNIVERSITA' | DATA RILASCIO (Sessione) | VOTO |
|-------------|-------------|------------------|-----------------------------|------|
| | | | | |

➤ di essere iscritto al seguente albo professionale:

| ALBO | PROVINCIA | DATA E N° ISCRIZIONE |
|------|-----------|----------------------|
| | | |

➤ di essere (di essere stato) dipendente delle seguenti pubbliche amministrazioni (A.S.L., A.S.O., Enti Pubblici, ecc.), da cui si evince anche il possesso del requisito specifico dell'anzianità di servizio:

| N. | ENTE CON INDIRIZZO | TIPO RAPPORTO * | POSIZIONE QUALIFICA PROFILO DISCIPLINA | DAL (GG/MM/AA) | AL (GG.MM.AA) |
|----|--------------------|-----------------|--|----------------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* indicare:

- dipendente a tempo indeterminato, a tempo determinato, tempo pieno, tempo parziale con percentuale, rapporto esclusivo/non esclusivo, ecc.
- eventuali interruzioni (aspettativa, congedi, ecc.) e relativi periodi
- se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 D.P.R. n. 761/79 e la misura della riduzione
- motivi della cessazione
- servizio militare
- estremi del provvedimento di riconoscimento di eventuale servizio prestato all'estero

➤ di essere (di essere stato) titolare dei seguenti incarichi dirigenziali nell'ambito dei rapporti di lavoro presso le pubbliche amministrazioni di cui al punto precedente:

| N. | ENTE | TIPO INCARICO* | DENOMINAZIONE INCARICO | DAL (GG/MM/AA) | AL (GG.MM.AA) |
|----|------|----------------|------------------------|----------------|---------------|
| | | | | | |



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* indicare:

direttore S.C., responsabile S.S., incarico di alta professionalità, incarico di natura professionale, ecc.

➤ di essere stato (di essere) dipendente delle seguenti case di cura private convenzionate/accreditate:

| N. | ENTE CON INDIRIZZO | TIPO RAPPORTO * | POSIZIONE QUALIFICA PROFILO DISCIPLINA | DAL (GG/MM/AA) | AL (GG.MM.AA) |
|----|--------------------|-----------------|--|----------------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* indicare:

dipendente a tempo indeterminato, a tempo determinato, tempo pieno, tempo parziale con percentuale, ecc.

eventuali interruzioni (aspettativa, congedi, ecc.) e relativi periodi

motivi della cessazione

estremi del provvedimento di riconoscimento di eventuale servizio prestato all'estero

➤ di aver prestato (di prestare) attività a diverso titolo presso le seguenti pubbliche amministrazioni (A.S.L., A.S.O., Enti Pubblici, ecc.) e case di cura private convenzionate/accreditate:

| N. | ENTE CON INDIRIZZO | TIPO RAPPORTO * | POSIZIONE QUALIFICA PROFILO DISCIPLINA | DAL (GG/MM/AA) | AL (GG.MM.AA) |
|-----|--------------------|-----------------|--|----------------|---------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| ... | | | | | |

* indicare:

incarico libero – professionale, collaborazione coordinata e continuativa, borsa di studio, convenzionato, stage, frequenza volontaria, ecc.

motivi della cessazione

indicare l'orario settimanale per l'attività specialistica ambulatoriale convenzionata

indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di eventuale servizio prestato all'estero

➤ di avere svolto i seguenti servizi/attività presso privati:

| N. | ENTE CON INDIRIZZO | TIPO RAPPORTO * | POSIZIONE QUALIFICA PROFILO DISCIPLINA | DAL (GG/MM/AA) | AL (GG.MM.AA) |
|----|--------------------|-----------------|--|----------------|---------------|
| | | | | | |



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 2 | | | | | |
| ... | | | | | |

Possono essere allegati certificati

➤ di essere in possesso del seguente attestato di partecipazione al corso regionale di formazione manageriale ex art 5, c. 1, lett. d) del D.P.R. n. 484/97 (eventuale):

➤ di avere partecipato ai seguenti corsi/congressi/convegni/seminari:

| N. | TITOLO | ENTE ORGANIZZATORE | DATA DURATA SVOLGIMENTO | LUOGO | TIPO CORSO * |
|-----|--------|--------------------|-------------------------|-------|--------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| ... | | | | | |

* indicare:
con/senza esame finale, come uditore/relatore o docente
Possono essere allegati certificati

➤ di avere svolto (di svolgere) la seguente attività di docenza:

| N. | DOCENZA | ENTE ORGANIZZATORE | DATA SVOLGIMENTO | N° ORE DOCENZA |
|-----|---------|--------------------|------------------|----------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| ... | | | | |

Possono essere allegati certificati

➤ di essere autore/coautore dei seguenti lavori scientifici editi a stampa:

| N. | AUTORE/I TITOLO | TITOLO | RIVISTA/TESTO EDIZIONE DATA | N. PAGINE |
|-----|-----------------|--------|-----------------------------|-----------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| ... | | | | |

Devono essere allegati pubblicazioni

➤ Ulteriori elementi utili per la valutazione relative al profilo/fabbisogno professionale:



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA, _____

FIRMA _____

N.B.: Il presente stampato costituisce una traccia che può essere modificata a seconda delle esigenze dell'interessato.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

ELENCO DOCUMENTI ALLEGATI

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto

| COGNOME E NOME | NATO A | IL |
|----------------|--------|----|
| | | |

| RESIDENTE (Luogo/provincia) | IN (indirizzo) | TELEFONO CELLULARE EMAIL e PEC |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

In riferimento alla domanda di partecipazione alla pubblica selezione per il conferimento dell'incarico quinquennale, ai sensi dell'art. 15 D. Lgs. n. 502/92, e s.m.i., di

DIRIGENTE MEDICO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA _____
Disciplina _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenuti dati non più rispondenti a verità, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna, dichiara sotto la propria personale responsabilità che le allegate copie dei sotto elencati documenti sono conformi agli originali:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
- ... _____
- ... _____

DATA, _____ FIRMA _____