

**ALLEGATO B**  
**(fac-simile)**

**OGGETTO: "DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PRIORITARIAMENTE PER QUATTRO DIRIGENTI MEDICI A TEMPO DETERMINATO DA DESTINARE ALLA CENTRALE OPERATIVA 118 DI SASSARI E CAGLIARI".**

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_, nat\_\_ a  
\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, Codice fiscale  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
(CAP \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ e domiciliat\_\_ per la procedura selettiva in  
\_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ -  
Tel. \_\_\_\_\_,  
indirizzo email \_\_\_\_\_,  
indirizzo PEC \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

(barrare la casella d'interesse)

- |  |
|--|
| <p><input type="checkbox"/> di essere ammesso a partecipare alla selezione pubblica, per soli titoli, per la formulazione di una graduatoria da utilizzare in ambito AREUS per la copertura a tempo determinato di posti di Dirigente Medico <b>nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza e specializzazioni equipollenti e nella disciplina di Anestesia e Rianimazione e specializzazioni equipollenti.</b></p> <p><input type="checkbox"/> di essere ammesso a partecipare alla selezione pubblica per soli titoli, riservata a medici iscritti all'ultimo anno della scuola di specializzazione <b>nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza e specializzazioni equipollenti e nella disciplina di Anestesia e Rianimazione e specializzazioni equipollenti</b> al fine di poter essere inseriti in una graduatoria separata da formularsi al conseguimento della specializzazione richiesta (L. 145/2018 art. 1 co. 547), da utilizzare in ambito AREUS, per il conferimento di incarichi a tempo determinato per Dirigenti Medici, in via sussidiaria rispetto al mancato conferimento con la procedura ordinaria.</p> |
|--|

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/00, e a pena di esclusione

**DICHIARA**

(barrare la casella di interesse)

- di essere cittadino italiano;

- di essere cittadino di uno dei Paesi dell'Unione Europea ed in specie \_\_\_\_\_ e di godere dei diritti civili e politici anche nello stato di appartenenza o di provenienza; di essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica; di avere ottenuto il riconoscimento da parte del Ministero della Salute dei titoli di studio e di abilitazione previsti per partecipare alla procedura concorsuale conseguiti all'estero;
- di essere cittadino straniero che si trova in una delle condizioni di cui all'art. 38 D.lgs. 165/01 e all'art. 1, punto 1, del bando (allegare documentazione in copia conforme all'originale utilizzando il modello di dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui al fac-simile modulo H);
- familiare di cittadino membro della UE, non avente la cittadinanza di uno Stato membro che sia titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
  - cittadino di Paese terzo che sia titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
  - titolare dello status di rifugiato;
  - titolare dello status di protezione sussidiaria.
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ o non essere iscritto per i seguenti motivi \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali. *(in caso contrario indicare le condanne penali anche qualora sia intervenuta l'estinzione della pena o sia stato concesso il perdono giudiziale, la sospensione condizionale della pena, o sia stato accordato il beneficio della non menzione nel certificato generale del Casellario Giudiziale. Nel caso in cui il candidato non si trovi nelle predette situazioni dovrà dichiarare espressamente l'assenza di condanne)* \_\_\_\_\_
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali *(in caso contrario indicare i procedimenti penali)* \_\_\_\_\_
- di non essere stato destituito dall'impiego ovvero licenziato presso pubbliche amministrazioni;
- di trovarsi rispetto agli obblighi sul reclutamento militare nella seguente posizione: *(barrare la casella che interessata)*
- esonerato;
  - obbligo assolto, (come da foglio matricolare dello stato di servizio):
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_ conseguito presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/;
- di essere iscritto all'Albo professionale \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_ dal /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/;
- di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ data di immatricolazione/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ durata \_\_\_\_\_ anno e data conseguimento /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/
- di essere al momento di presentazione della presente domanda iscritto all'ultimo della scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_ presso la scuola di \_\_\_\_\_
- ovvero di essere esentat\_\_ dal possesso della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso o in disciplina alla stessa equipollente o affine in quanto in servizio di ruolo nella disciplina a concorso alla data di entrata in vigore del DPR 483/97 presso la seguente Azienda \_\_\_\_\_;
- di aver, ovvero, non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni *(specificare ed indicare le eventuali cause di risoluzione)* \_\_\_\_\_;
- che nei precedenti rapporti con PP.AA. non vi è stato recesso per giusta causa ai sensi del CCNL vigente;

- di aver diritto di preferenza in graduatoria, a parità di punteggio, in base alle vigenti norme di leggi e regolamenti (art. 5 DPR 487/94) in quanto \_\_\_\_\_;
- ai sensi del D.Lgs. 196/03, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge. Le comunicazioni relative al concorso dovranno essere inviate al domicilio/PEC sopra indicato.

Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

Si allegano:

- curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- elenco numerato di proprie pubblicazioni edite a stampa e copia delle stesse;
- fotocopia non autenticata ed in carta semplice di un documento d'identità valido;
- elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati, datato e firmato.

**Allegato alla domanda di selezione pubblica, per soli titoli, per Dirigente Medico nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione ed Urgenza e di Anestesia e Rianimazione**

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

Curriculum formativo e professionale, predisposto ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del DPR n. 445/00.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

presenta, per la valutazione delle proprie attività, il seguente curriculum formativo e professionale quale allegato alla domanda di partecipazione alla selezione.

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

- di essere consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto **dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000**;
- di essere a conoscenza **dell'art. 75 del DPR 445/2000**, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora la ASSSL, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione;
- di essere in possesso dei seguenti titoli:

**TITOLI DI STUDIO**

(laurea/specializzazione/master universitari I e II livello/dottorato di ricerca)

Titolo di studio	Data conseguimento e durata	<i>presso</i>
	/___/___/___/ Durata_____	

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine.

## PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

(Numerare progressivamente ed elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, allegandone copia, in carta semplice,  
Nelle copie delle pubblicazioni allegate dovrà essere riportata la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione avendo, inoltre, cura di evidenziare il proprio nominativo.

Di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni allegate, in copia semplice, alla presente dichiarazione:

N.	DESCRIZIONE
1	
2	
3	
4	

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

### SERVIZI prestati con rapporto di DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato) presso STRUTTURE PUBBLICHE

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

<b>ENTE</b> <i>Denominazione e sede</i>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>	<b>Disciplina di inquadramento e regime del rapporto (tempo indeterminato o tempo determinato)</b>	<b>Impegno orario settimanale</b>

Interruzione dal servizio: dal/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Motivo: \_\_\_\_\_

Interruzione dal servizio: dal/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Motivo: \_\_\_\_\_

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**Servizi prestati in regime convenzionale  
(guardia medica /continuità assistenziale /specialistica ambulatoriale/medicina generale)**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

**1) Attività prestata come medico di guardia medica/continuità assistenziale:**

di prestare (o aver prestato) servizio in qualità **medico di guardia medica/continuità assistenziale** presso (ente/struttura) \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_ ovvero dal /\_/\_/\_/\_/ al /\_/\_/\_/\_/ (specificare gg/mm/aa/) per n. \_\_\_ore/settimanali

di prestare (o aver prestato) servizio in qualità **medico di guardia medica/continuità assistenziale** presso (ente/struttura) \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_ ovvero dal /\_/\_/\_/\_/ al /\_/\_/\_/\_/ (specificare gg/mm/aa/) per n. \_\_\_ore/settimanali

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**2) Attività prestata come medico specialista ambulatoriale:**

di prestare (o aver prestato) servizio in qualità **medico specialista ambulatoriale nella disciplina di:** \_\_\_\_\_ presso (ente/struttura) \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_ ;ovvero dal /\_/\_/\_/\_/ al /\_/\_/\_/\_/ (specificare gg/mm/aa/) per n. \_\_\_ore/settimanali

di prestare (o aver prestato) servizio in qualità **medico specialista ambulatoriale nella disciplina di:** \_\_\_\_\_ presso (ente/struttura) \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_ ;ovvero dal /\_/\_/\_/\_/ al /\_/\_/\_/\_/ (specificare gg/mm/aa/) per n. \_\_\_ore/settimanali

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**3) Attività prestata come medico di medicina generale / medico emergenza territoriale / medicina dei servizi**

di prestare (o aver prestato) servizio in qualità di medico \_\_\_\_\_, presso (ente/struttura ) \_\_\_\_\_ dal /\_/\_/\_/\_/ al /\_/\_/\_/\_/ (specificare gg/mm/aa/)

di prestare (o aver prestato) servizio in qualità di medico \_\_\_\_\_, presso (ente/struttura) \_\_\_\_\_ dal /\_/\_/\_/\_/ al /\_/\_/\_/\_/ (specificare gg/mm/aa/)

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato) presso STRUTTURE PRIVATE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

<i>DATORE DI LAVORO PRIVATO Denominazione e sede</i>	<i>DAL</i>	<i>AL</i>	<i>Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento e regime del rapporto (tempo indeterminato o tempo determinato)</i>	<i>Impegno orario settimanale</i>

Interruzione dal servizio: dal/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Motivo: \_\_\_\_\_

Interruzione dal servizio: dal/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Motivo: \_\_\_\_\_

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA / COLLABORAZIONE OCCASIONALE**

presso **STRUTTURE PUBBLICHE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

<i>ENTE Denominazione e sede</i>	<i>DAL</i>	<i>AL</i>	<i>Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento</i>
<b>Tipologia contratto:</b>			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>	<input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>		
<i>ENTE Denominazione e sede</i>	<i>DAL</i>	<i>AL</i>	<i>Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento</i>

<b>Tipologia contratto:</b>			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>	<input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>		
<b>ENTE</b> <i>Denominazione e sede</i>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>	<i>Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento</i>
<b>Tipologia contratto:</b>			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>	<input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>		

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

<p><b>Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA COLLABORAZIONE OCCASIONALE</b></p> <p><b>presso STRUTTURE PRIVATE</b></p> <p>L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato</p>
---

<b>ENTE</b> <i>Denominazione e sede</i>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>	<i>Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento</i>
<b>Tipologia contratto:</b>			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>	<input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>		
<b>ENTE</b> <i>Denominazione e sede</i>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>	<i>Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento</i>
<b>Tipologia contratto:</b>			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>	<input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>		
<b>ENTE</b> <i>Denominazione e sede</i>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>	<i>Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento</i>
<b>Tipologia contratto:</b>			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>	<input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>		

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

### ATTIVITÀ' DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Dichiaro di aver partecipato alla seguente attività di aggiornamento e formazione:

Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b> / esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b> / esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b> / esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

### ATTIVITÀ DIDATTICA

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Di avere svolto le sottoelencate attività didattiche, in qualità di docente o di tutor:

1) Scuole universitarie o istituti scientifici:

A.A. ovvero ore insegnamento	Ente / Istituto	Materia	In qualità di Docente - specificare totale ore complessive


2 ) Attività di docenza in corsi di formazione:

A.A. ovvero ore insegnamento	Ente / Istituto	Materia	In qualità di Docente - specificare totale ore complessive

**Ulteriori attività - Eventuale tirocinio in Struttura Pubblica dopo specializzazione**

DESCRIZIONE

Ai sensi del D. Lgs. 196/03, Il sottoscritto accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Si allega fotocopia di valido documento di identità.**