

Fac-simile domanda di ammissione

Al Direttore Generale
ASST Centro Specialistico
Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini - CTO
Piazza Cardinal Ferrari, 1
20122 - Milano

Il/La sottoscritt _____

CHIEDE

di essere ammesso all'avviso pubblico per l'attribuzione dell'**incarico quinquennale di Direzione della UOC Chirurgia Ricostruttiva/Revisione Protesica dell'Apparato Locomotore** - indetto con deliberazione n. 526 del 29.9.2020.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- ☐ di essere nato a _____ Prov. ____ il _____
- ☐ di risiedere a _____ Cap ____ Prov. ____

Via/Piazza _____ n.° _____ Tel. _____ Cell. _____

- ☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana
oppure
- ☐ di essere in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana:
cittadino _____ Stato membro dell'Unione Europea:
- ☐ di essere in possesso degli altri requisiti previsti dal bando per i cittadini italiani
- ☐ di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana
- ☐ di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
oppure
- ☐ di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo

☐ di non avere riportato condanne penali e di non avere conoscenza di procedimenti penali pendenti a proprio carico;

oppure

☐ di avere riportato le seguenti condanne penali (*da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale*)

oppure

☐ di avere i seguenti procedimenti penali pendenti _____

presso il Tribunale di _____

☐ di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego, ovvero licenziato presso pubbliche amministrazioni.

☐ di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione

di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

☐ laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data _____ presso

☐ iscrizione all'albo dell'ordine dei Medici della Provincia di

_____ al n. _____

☐ diploma di specializzazione in _____ conseguita il

_____ presso l'Università di _____

durata legale del corso anni _____

☐ anzianità di servizio di anni _____ maturata nella disciplina di

☐ **di prestare servizio** con rapporto di lavoro subordinato presso la seguente Pubblica Amministrazione:

Azienda/Ente _____ nel profilo di

_____ disciplina di _____ a tempo

indeterminato/determinato con rapporto di lavoro a tempo *pieno/impegno*

ridotto ore settimanali _____ dal (*giorno-mese-anno*) _____

☐ che l'indirizzo al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente pubblico concorso è il seguente:

Via _____ n. _____ Città _____
_____ CAP _____ e-mail _____
_____ PEC _____

n. telefono _____;

☐ di manifestare il proprio consenso, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, per le finalità e nei limiti di cui al bando e subordinatamente al puntuale rispetto della vigente normativa;

☐ di essere a conoscenza dell'obbligo del sottoscritto di comunicare gli eventuali variazioni di indirizzo all'Azienda la quale non assume responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato;

☐ di aver preso visione del profilo professionale, che caratterizza la Struttura in oggetto, allegato e pubblicato sul sito www.asst-pini-cto.it – bandi avvisi concorsi - Concorsi;

☐ di aderire, nel caso di conferimento dell'incarico, all'opzione per il rapporto di lavoro esclusivo;

☐ **di aver preso visione dei contenuti del bando e di essere quindi a conoscenza in particolare del fatto che:**

- l'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini CTO di Milano non può accettare le **certificazioni rilasciate dalle Pubbliche Amministrazioni e da privati gestori di pubblici servizi** in ordine a stati, qualità personali e fatti elencati all'art. 46 del DPR 445/2000 o di cui l'interessato abbia diretta conoscenza (art. 47 DPR 445/2000) e che in luogo di tali certificati è obbligatorio presentare dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell'atto di notorietà;

- prima della nomina del candidato prescelto, i **curricula** inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio verranno pubblicati sul sito internet aziendale;

data _____ firma _____

Fac-simile curriculum

Al Direttore Generale
dell'ASST Centro Specialistico
Ortopedico Gaetano Pini CTO

Il/La sottoscritto/a	cognome	nome
----------------------	---------	------

nato il		a		prov.	
---------	--	---	--	-------	--

CODICE FISCALE:																	
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, e consapevole che ai sensi dell'art.46 del medesimo decreto l'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini CTO può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

di essere in possesso del diploma di Laurea in conseguito in data..... presso l'Università degli Studi di <i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i> Riconoscimento a cura delin data (duplicare il riquadro in caso di necessità)
di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di..... dal.....n° di iscrizione.....
di essere i possesso dei seguenti diplomi di specializzazione: 1)Disciplina: conseguita in data.....presso l'Università di..... ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☐ durata anni

2)Disciplina:.....
.....
conseguita in data.....presso l'Università
di.....

ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☐ durata anni

Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia

Riconoscimento a cura del.....in data
.....

Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture ove è stata svolta l'attività

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime

.....
.....
.....
.....
.....

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:

profilo professionale disciplina.....
.....

dal al

dal al

dal al

con interruzione dal servizio (*ad es. per aspettative, congedi, senza assegni*):

dalal(indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto

.....

con rapporto

☐ determinato

☐ indeterminato

☐ a tempo pieno

con impegno ridotto, ore

settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)

.....
di – via
..... n.

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato
.....
.....
.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN

nella branca di

dal al(indicare
giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore

dal al
con impegno settimanale pari a ore
dal al

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)
.....di
.....(prov. ...) – via
....., n.

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato
.....
.....
.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di avere prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale)

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)
.....di
.....(prov. ...) – via
....., n.

profilo/mansione/progetto

.....
.....

dal al (indicare
giorno/mese/anno)
con impegno orario settimanale di ore
motivo interruzione o cause risoluzione
.....

dal al (indicare

giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore

motivo interruzione o cause risoluzione

.....

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato

.....

.....

.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Competenze del candidato con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzione di direzione (ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa...)

tipologia di incarico.....

dalal

presso.....

descrizione attività svolta.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Soggiorni di studio/addestramento

(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)

presso

.....

di

.....(prov. ...) – via

, n.

dal al (indicare

giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

dal al (indicare

giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario – esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi)

presso.....nell'ambito del

Corso di

insegnamentoa.a.

ore docenza(specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale

dalal
presso.....
contenuti del corso.....

dalal
presso.....
contenuti del corso.....

dalal
presso.....
contenuti del corso.....

Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati

All'estero (secondo i criteri stabiliti dall'art. 9 del DPR 484/1997):

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato in qualità di RELATORE ai seguenti corsi, convegni, congressi anche effettuati

All'estero (secondo i criteri stabiliti dall'art. 9 del DPR 484/1997):

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici – riferiti all'ultimo decennio – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione) che vengono allegati alla domanda in originale o in copia corredata da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà che ne attesti la conformità all'originale.

- 1 -
.....
.....
- 2 -
.....
.....
- 3 -
.....
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

- 1 -
.....
.....
- 2 -
.....
.....
- 3 -
.....
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

Altre attività

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal 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 e allega copia di documento di identità (carta d'identità o passaporto) in corso di validità. Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

_____, li _____

II/La dichiarante

SCHEDA 1

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per la copertura di N. 1 posto per la Direzione della UOC CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA/REVISIONE PROTESICA DELL'APPARATO LOCOMOTORE, indetto con deliberazione n. 526 del 29.9.2020.

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____, residente a _____

prov. _____ in via _____

In relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 "decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del DPR 445/2000, nonché di quanto prescritto all'art. 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazioni mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

- diploma/Laurea/attestato di qualificazione in _____
conseguito il _____ presso _____
- abilitato all'esercizio della professione presso _____
il _____ sessione _____
- diploma di specializzazione in _____
conseguito il _____ presso _____
- altre specializzazioni (indicare anche luogo e data di conseguimento) _____

- iscritto all'Ordine/collegio professionale _____
della provincia di _____ dal _____ al n° _____

Nel caso in cui il titolo di studio risulti conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento ministeriale di riconoscimento di equipollenza al corrispondente titolo di studio italiano:

Data

(firma)

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'art. 39 del DPR 28.12.2000 n. 445

Il sottoscritto allega fotocopia fronte-retro del documento di identità
rilasciato da..... in data

SCHEDA 2

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per la copertura di N. 1 posto per la Direzione della UOC CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA/REVISIONE PROTESICA DELL'APPARATO LOCOMOTORE, indetto con deliberazione n. 526 del 29.9.2020.

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____, residente a _____
prov. _____ in via _____

In relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 "decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del DPR 445/2000, nonché di quanto prescritto all'art. 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazioni mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, **di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso Enti Pubblici** come risulta dai riquadri sottostanti (indicare i periodi con esattezza senza arrotondamenti; i periodi generici non verranno valutati):

(in caso di più servizi utilizzare più moduli)

Azienda/Ente _____

Indirizzo Azienda/Ente _____

Profilo professionale _____ cat. _____

Da (gg/mm/aa inizio) _____ a (gg/mm/aa inizio) _____ n. ore sett.li _____

tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale)

causa di risoluzione rapporto di lavoro _____

non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del DPR n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio:

Azienda/Ente _____

Indirizzo Azienda/Ente _____

Profilo professionale _____ cat. _____

Da (gg/mm/aa inizio) _____ a (gg/mm/aa inizio) _____ n. ore sett.li _____

tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale)

causa di risoluzione rapporto di lavoro _____

non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del DPR n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio:

Il servizio prestato all'estero non può essere autocertificato, a meno che lo stesso risulti trascritto in pubblici registri in Italia, nel qual caso indicare gli estremi del provvedimento di trascrizione in Italia:

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei predetti servizi da parte della Commissione Esaminatrice.

Data _____ (firma)

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'art. 39 del DPR 28.12.2000 n. 445

Il sottoscritto allega fotocopia fronte-retro del documento di identità rilasciato da..... in data

SCHEDA 3

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per la copertura di N. 1 posto per la Direzione della UOC CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA/REVISIONE PROTESICA DELL'APPARATO LOCOMOTORE, indetto con deliberazione n. 526 del 29.9.2020.

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____, residente a _____

prov. _____ in via _____

In relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 "decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del DPR 445/2000, nonché di quanto prescritto all'art. 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazioni mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, **di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso Enti PRIVATI Accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale** come risulta dai riquadri sottostanti (indicare i periodi con esattezza senza arrotondamenti; i periodi generici non verranno valutati):

(in caso di più servizi utilizzare più moduli)

Azienda/Ente _____

Indirizzo Azienda/Ente _____

Profilo professionale _____ cat. _____

Da (gg/mm/aa inizio) _____ a (gg/mm/aa inizio) _____ n. ore sett.li _____

tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale)

causa di risoluzione rapporto di lavoro _____

Azienda/Ente _____

Indirizzo Azienda/Ente _____

Profilo professionale _____ cat. _____

Da (gg/mm/aa inizio) _____ a (gg/mm/aa inizio) _____ n. ore sett.li _____

tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale)

causa di risoluzione rapporto di lavoro _____

Azienda/Ente _____

Indirizzo Azienda/Ente _____

Profilo professionale _____ cat. _____

Da (gg/mm/aa inizio) _____ a (gg/mm/aa inizio) _____ n. ore sett.li _____

tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale)

causa di risoluzione rapporto di lavoro _____

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei predetti servizi da parte della Commissione Esaminatrice.

Data

(firma)

SCHEMA 4

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per la copertura di N. 1 posto per la Direzione della UOC CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA/REVISIONE PROTESICA DELL'APPARATO LOCOMOTORE, indetto con deliberazione n. 526 del 29.9.2020.

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____, residente a _____

prov. _____ in via _____

In relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 "decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del DPR 445/2000, nonché di quanto prescritto all'art. 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazioni mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, **di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso AZIENDE PRIVATE Non Accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale** come risulta dai riquadri sottostanti (indicare i periodi con esattezza senza arrotondamenti; i periodi generici non verranno valutati):

(in caso di più servizi utilizzare più moduli)

Azienda/Ente _____

Indirizzo Azienda/Ente _____

Profilo professionale _____ cat. _____

Da (gg/mm/aa inizio) _____ a (gg/mm/aa inizio) _____ n. ore sett.li _____

tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale)

causa di risoluzione rapporto di lavoro _____

Azienda/Ente _____

Indirizzo Azienda/Ente _____

Profilo professionale _____ cat. _____

Da (gg/mm/aa inizio) _____ a (gg/mm/aa inizio) _____ n. ore sett.li _____

tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale)

causa di risoluzione rapporto di lavoro _____

Azienda/Ente _____

Indirizzo Azienda/Ente _____

Profilo professionale _____ cat. _____

Da (gg/mm/aa inizio) _____ a (gg/mm/aa inizio) _____ n. ore sett.li _____

tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, CO.CO.CO, collaborazione professionale)

causa di risoluzione rapporto di lavoro _____

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei predetti servizi da parte della Commissione Esaminatrice.

Data

(firma)

SCHEDA 5

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per la copertura di N. 1 posto per la Direzione della UOC CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA/REVISIONE PROTESICA DELL'APPARATO LOCOMOTORE, indetto con deliberazione n. 526 del 29.9.2020.

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____, residente a _____

prov. _____ in via _____

In relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 "decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del DPR 445/2000, nonché di quanto prescritto all'art. 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazioni mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, **di aver partecipato ai seguenti eventi formativi** come risulta dai riquadri sottostanti:

(in caso di più eventi utilizzare più moduli)

Evento Formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop ecc.) _____

Titolo evento _____

In qualità di (relatore/partecipante) _____

organizzato da (denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice) _____

Sede Evento _____

In data (data svolgimento evento) _____

Per complessivi giorni _____ per complessive ore _____

Evento Formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop ecc.) _____

Titolo evento _____

In qualità di (relatore/partecipante) _____

organizzato da (denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice) _____

Sede Evento _____

In data (data svolgimento evento) _____

Per complessivi giorni _____ per complessive ore _____

Evento Formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop ecc.) _____

Titolo evento _____

In qualità di (relatore/partecipante) _____

organizzato da (denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice) _____

Sede Evento _____

In data (data svolgimento evento) _____

Per complessivi giorni _____ per complessive ore _____

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei predetti servizi da parte della Commissione Esaminatrice.

Data

(firma)

SCHEDA 6

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per la copertura di N. 1 posto per la Direzione della UOC CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA/REVISIONE PROTESICA DELL'APPARATO LOCOMOTORE, indetto con deliberazione n. 526 del 29.9.2020.

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____, residente a _____

prov. _____ in via _____

In relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 "decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del DPR 445/2000, nonché di quanto prescritto all'art. 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazioni mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, **di aver svolto la seguente attività didattica** come risulta dai riquadri sottostanti:

(in caso di più attività didattiche utilizzare più moduli)

Titolo attività didattica _____

Titolo corso _____

organizzato da (denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice) _____

Destinatari del corso _____

In data (data svolgimento evento) _____

Per complessivi giorni _____ per complessive ore _____

Titolo attività didattica _____

Titolo corso _____

organizzato da (denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice) _____

Destinatari del corso _____

In data (data svolgimento evento) _____

Per complessivi giorni _____ per complessive ore _____

Titolo attività didattica _____

Titolo corso _____

organizzato da (denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice) _____

Destinatari del corso _____

In data (data svolgimento evento) _____

Per complessivi giorni _____ per complessive ore _____

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei predetti servizi da parte della Commissione Esaminatrice.

Data _____ (firma) _____

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'art. 39 del DPR 28.12.2000 n. 445

Il sottoscritto allega fotocopia fronte-retro del documento di identità _____ rilasciato da _____ in data _____

Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per la copertura di N. 1 posto per la Direzione della UOC CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA/REVISIONE PROTESICA DELL'APPARATO LOCOMOTORE, indetto con deliberazione n. 526 del 29.9.2020.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____, residente a _____

prov. _____ in via _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere,

DICHARA

che le allegate fotocopie di:

[illegible]

sono conformi all'originale in mio possesso.

Data (firma)

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'art. 39 del DPR 28.12.2000 n. 445

Il sottoscritto allega fotocopia fronte-retro del documento di identità rilasciato da in data