

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

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO QUINQUENNALE DI
DIREZIONE DELLA UOC DIREZIONE AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE
approvato con atto deliberativo n. 543 del 17.11.2022.**

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di poter essere ammesso all'avviso pubblico per conferimento di INCARICO QUINQUENNALE di DIREZIONE DELLA UOC DIREZIONE AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE come da relativo avviso di cui dichiara di avere preso visione, accettandone le condizioni.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 come modificato dalla normativa vigente, sotto la propria responsabilità, dichiara:

a) di essere nato/a a _____ (____), il _____ e di
risiedere a _____ (____)
indirizzo: _____ n. _____ C.A.P. _____ ;

b) di essere in possesso di cittadinanza:

b₁) ☐ **Italiana**
☐ **Equiparata** alla cittadinanza italiana ai sensi della seguente normativa _____ ;
e (in questi casi) dichiara di:
☐ **essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di** _____ (____)
oppure
☐ **non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali di un Comune per le seguenti motivazioni**
_____ ;

b₂) ☐ **di Stato dell'Unione Europea** e precisamente: _____, e (in questo caso) di:
☐ godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza
oppure
☐ non godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza per le seguenti motivazioni:

b₃) ☐ **di Stato Estero** (non facente parte dell'Unione Europea) e precisamente: _____
☐ **familiare di cittadino di Stato membro dell'Unione Europea** indicare generalità del familiare
(nome, cognome, luogo e data di nascita e cittadinanza) e legame familiare

-
- ☐ titolare del diritto di soggiorno nr _____ rilasciato da _____
in data _____ con scadenza il _____ ;
- ☐ titolare del diritto di soggiorno permanente nr _____
rilasciato da _____ in data _____ ;
- ☐ **titolare di permesso di soggiorno nr. _____** rilasciato da _____
in data _____ con scadenza il _____ ,
per il seguente motivo (barrare la voce di interesse) :
- ☐ permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- ☐ status di rifugiato;
- ☐ status di protezione sussidiaria
- e (in questo caso) di:
- ☐ godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza
- ☐ non godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza per le seguenti motivazioni:
-

c) ☐ di non avere subito condanne penali

oppure

☐ aver riportato le seguenti condanne penali

[dichiarare, indicando il reato e l'autorità giudiziaria che ha adottato il provvedimento. Devono essere indicate anche eventuali sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ai sensi dell'art. 444 c.p.p (c.d. patteggiamento). Tali dichiarazioni devono riguardare anche eventuali precedenti penali non riportati nei certificati del casellario giudiziale ad uso dei privati]:

d) ☐ di non avere procedimenti penali in corso

oppure

☐ avere i seguenti procedimenti penali in corso

(dichiarare, indicando il reato e l'autorità giudiziaria che ha adottato il provvedimento):

e) ☐ di non essere sottoposto a misure di sicurezza

oppure

☐ di essere sottoposto alle seguenti misure di sicurezza

(dichiarare, indicando il reato e l'autorità giudiziaria che ha adottato il provvedimento):

f) se cittadino di Stato straniero, dichiara di:

☐ avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

☐ non avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

g) di essere in possesso del Diploma di Laurea _____ conseguita in data _____ presso _____ ;

h) di essere regolarmente iscritto all'Ordine _____ della Provincia di _____

con iscrizione al nr. _____ con decorrenza dal _____

☐ senza provvedimenti disciplinari a carico, adottati dall'Ordine;

☐ con provvedimenti disciplinari a carico, adottati dall'Ordine, per le seguenti motivazioni:

_____ ;

i) posizione nei riguardi degli obblighi militari: _____ ;

j) ☐ di essere stato dichiarato fisicamente idoneo alle mansioni proprie del profilo di appartenenza e di non avere comunque limitazioni al loro normale svolgimento.

☐ di essere stato dichiarato fisicamente non idoneo alle mansioni proprie del profilo di appartenenza

☐ di avere le seguenti limitazioni al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo di appartenenza:

k) di essere in possesso del seguente requisito previsto dall'avviso – anzianità di servizio:

☐ anzianità di servizio effettivo di almeno cinque anni prestato in enti del Servizio Sanitario Nazionale nella qualifica unica di Dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica;

l) ☐ di aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private come segue:

(Utilizzare il seguente schema per elencare i propri servizi riproducendolo tante volte quanto necessita)

❖ Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

(indicare esatta denominazione e se trattasi di Struttura Pubblica/IRCCS/Equiparata o Privata in regime di convenzione/accreditamento)

con sede in _____

con inquadramento come DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA DI _____

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

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

con rapporto di lavoro ☐ esclusivo ☐ non esclusivo

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

dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

Motivo della cessazione: _____ ;

Interruzioni del servizio dal _____ al _____ per il seguente motivo _____ ;

m) ☐ di essere in possesso dell'attestato di formazione manageriale in corso di validità conseguito in data _____
presso _____ ;

☐ di non essere in possesso dell'attestato di formazione manageriale;

n) ☐ di avere necessità, in quanto disabile ai sensi della Legge n. 104/92 del seguente ausilio:

e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi _____ .

Allego certificazione rilasciata da apposita struttura sanitaria pubblica.

Dichiaro inoltre di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 per le parti ancora valide, in quanto non in contrasto con il Reg. UE 2016/679 (Regolamento europeo per la protezione dei dati personali) e successive modificazioni ed integrazioni.

Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio al quale deve, ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione inerente la presente procedura selettiva, autorizzando l'Azienda – in assenza di PEC - ad utilizzare come mezzo esclusivo di comunicazione l'indirizzo di posta elettronica indicato:

COMUNE _____ CAP _____

VIA _____ NR.CIVICO _____

P.E.C.: _____

E-MAIL: _____

TEL. FISSO _____ CELLULARE _____

Data _____

Firma _____

(allegare copia fronte/retro del documento di identità)

CURRICULUM PROFESSIONALE

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

CURRICULUM PROFESSIONALE ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO QUINQUENNALE DI DIREZIONE DELLA UOC DIREZIONE AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE approvato con atto deliberativo n. 543 del 17.11.2022.

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 RESPONSABILITÀ:

DATI ANAGRAFICI:

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

di risiedere in _____ (____) C.A.P. _____

indirizzo: _____ n. _____

di essere domiciliato in _____ (____) C.A.P. _____

indirizzo: _____ n. _____

Stato Civile: _____

Telefono: _____

P.E.C.: _____

E-mail: _____

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

- di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA IN _____ conseguita in data _____
con voto pari a _____ presso _____
con sede in _____

- ALTRI TITOLI DI STUDIO (da indicarsi in modo corretto, preciso ed esauritivo 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: _____

conseguito il _____ presso _____

con sede in _____

TITOLO: _____

conseguito il _____ presso _____

con sede in _____

ulteriori informazioni: _____

Pag. ____ di ____

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)

presso _____ (esatta denominazione dell'ente)

con sede in _____

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- ☐ Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.)
- ☐ Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale
- ☐ Struttura Privata

con contratto di tipo: ☐ dipendente;

☐ in regime convenzionale (fornire dati identificativi): _____

☐ contratto di lavoro autonomo di tipo: _____

in qualità di _____

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

con incarico dirigenziale _____

(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

dal _____ al _____ .

Motivo dell'eventuale cessazione: _____ .

Eventuali interruzioni o sospensioni (comprese quelle di natura disciplinare): NO ☐ SI ☐

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____ .

Dichiaro che: o non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

o ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

La misura della riduzione del punteggio è _____

Il candidato dovrà produrre:

- a) Attestato della tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali ha svolto la sua attività e alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime;
- b) tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato; che devono essere certificate dal direttore sanitario sulla base delle attestazioni del dirigente ex II livello responsabile dell'Unità Operativa;

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 _____ (gg/mm/aa)

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

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.) :

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ (gg/mm/aa)

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

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.) :

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ (gg/mm/aa)

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

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – 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: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESEZIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. _____ ecm
☐ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESEZIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. _____ ecm
☐ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESEZIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. _____ ecm
☐ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

SOGGIORNI DI STUDIO:

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

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL _____ AL _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL _____ AL _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL _____ AL _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL _____ AL _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

ATTIVITA' DIDATTICA:

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

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____ con sede in _____
natura giuridica dell'Istituto: _____
corso di studio: _____
materia di insegnamento: _____
impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____
tipologia contrattuale: _____

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____ con sede in _____
natura giuridica dell'Istituto: _____
corso di studio: _____
materia di insegnamento: _____
impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____
tipologia contrattuale: _____

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____ con sede in _____
natura giuridica dell'Istituto: _____
corso di studio: _____
materia di insegnamento: _____
impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____
tipologia contrattuale: _____

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____ con sede in _____
natura giuridica dell'Istituto: _____
corso di studio: _____
materia di insegnamento: _____
impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____
tipologia contrattuale: _____

Pag. ____ di ____

ALTRI STATI, QUALITA' PERSONALI O FATTI CHE IL CANDIDATO RITENGA UTILI

[illegible]

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

Pag. ____ di ____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
ALTERNATIVA ALL'AUTENTICAZIONE DI COPIE

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi

(ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183)

Io sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(comune di nascita, se nato all'estero, specificare lo stato)

residente a _____ (_____)
(comune di residenza) (prov.)

in _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dal D.P.R. 445 del 28/12/2000, e della decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera ai sensi dello stesso D.P.R.

DICHIARO

che le copie allegate alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di **DIREZIONE DELLA UOC DIREZIONE AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE** sono conformi all'originale.

Di seguito si elencano le copie dei documenti che vengono prodotte:

Dichiaro inoltre di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 per le parti ancora valide, in quanto non in contrasto con il Reg. UE 2016/679 (Regolamento europeo per la protezione dei dati personali) e successive modificazioni ed integrazioni.

_____, lì _____
(luogo e data)

(firma del dichiarante *)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi
(ai sensi D.P.R. 445 del 28/12/2000 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183)

Io sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(comune di nascita, se nato all'estero, specificare lo stato)

residente a _____ (_____)
(comune di residenza) (prov.)

in _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dal D.P.R. 445 del 28/12/2000, e della decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera ai sensi dello stesso D.P.R.

DICHIARO CHE

Dichiaro inoltre di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 per le parti ancora valide, in quanto non in contrasto con il Reg. UE 2016/679 (Regolamento europeo per la protezione dei dati personali) e successive modificazioni ed integrazioni.

_____, lì _____
(luogo e data)

(firma del dichiarante *)