



## AVVISO PUBBLICO per la formazione di ALBO PROFESSIONALE INTERNO

in esecuzione all'atto deliberativo n. 1129 del 20/10/2015 è indetto avviso pubblico per la formazione e l'aggiornamento dell'albo professionale interno per l'eventuale conferimento di incarichi di lavoro autonomo/collaborazione coordinata e continuativa per lo svolgimento di attività sanitaria in:

### NEUROCHIRURGIA

#### ART. 1 - REQUISITI DI AMMISSIONE

##### GENERALI

Possono partecipare coloro che possiedono i seguenti requisiti generali:

- **Cittadinanza** italiana ovvero cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione europea e i loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto del soggiorno permanente ovvero cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria (sono fatte salve ai sensi dell'art. 38 del D. Lgs. 165/2001 e s.m.i., comma e-ter, le disposizioni di cui all'art. 1 D.P.R. 752/1976 in materia di conoscenza della lingua italiana);
- **idoneità fisica all'impiego e alle mansioni** della posizione bandita, il cui accertamento sarà effettuato a cura dell'Azienda Ospedaliera prima dell'immissione in servizio;

**Esclusione** – Non possono accedere agli impieghi coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo nonché coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione, ovvero licenziati a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo contratto collettivo. Costituisce altresì causa impeditiva alla costituzione del rapporto di impiego la presenza di condanne penali che darebbero titolo per procedere alla risoluzione del rapporto di impiego stesso.

Si precisa che le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti (c.d. patteggiamento – art. 444 c.p.p.) sono equiparate a pronunce di condanna. L'Azienda si riserva la facoltà di valutare se le sentenze penali riportate, la sottoposizione a misure di sicurezza, ovvero i procedimenti penali in corso risultino ostativi all'assunzione.

##### SPECIFICI

I requisiti richiesti per l'ammissione all'avviso sono:

- a) diploma di laurea in medicina e chirurgia;
- b) abilitazione all'esercizio della professione;



## AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA

- c) iscrizione all'Ordine dei Medici chirurghi, ovvero iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima del conferimento dell'incarico;
- d) specializzazione nella disciplina di NEUROCHIRURGIA.

Si precisa che:

- la specializzazione nella disciplina richiesta è equivalente alla specializzazione in una delle discipline riconosciute equipollenti ai sensi del Decreto Ministeriale 30.01.1998 N. 25 e successive modifiche ed integrazioni.  
la specializzazione nella disciplina può essere sostituita dalla specializzazione in una disciplina affine come previsto dal d. lgs. 30/12/1992 n. 502 e succ. mod. Le discipline affini sono quelle di cui alla normativa regolamentare concernente i requisiti di accesso al 2° livello dirigenziale del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

I requisiti richiesti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso per la presentazione delle domande di ammissione.

### ART. 2 - MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

#### A. INDIRIZZO DI INOLTRO:

La domanda e la documentazione ad essa allegata dovranno essere inoltrate alternativamente nei seguenti modi:

- a mezzo del servizio postale, con raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo: **Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" - Strada Lago Paiolo n. 10 - 46100 MANTOVA.**
- se consegnate a mano dovranno essere fatte pervenire **all'Ufficio Protocollo** dell'Ente al predetto indirizzo (orari apertura: dalle ore 10.00 alle ore 13.00 e dalle ore 13.30 alle ore 17.00 da lunedì a giovedì e dalle ore 10 alle ore 14.00 il venerdì).
- inviate, in file formato pdf, al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) [protocollogenerale@pec.aopoma.it](mailto:protocollogenerale@pec.aopoma.it) tramite l'utilizzo di casella personale di Posta Elettronica Certificata (PEC), unitamente a fotocopia di documento di identità.

**AVVERTENZA:** al fine di garantire il corretto funzionamento della pec aziendale in fase di ricezione dei messaggi, è ammesso inoltrare allegati a ciascuna trasmissione via pec nel limite dimensionale massimo di **30MB**. Il mancato rispetto di tale limite esonera l'Azienda da ogni responsabilità circa la mancata ricezione entro i termini della documentazione inviata.

Le domande inviate ad altra casella di posta elettronica dell'Azienda Ospedaliera, anche certificata, non verranno prese in considerazione.

**La validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale, identificativa dell'autore della domanda di partecipazione alla procedura selettiva e comportante l'assunzione di responsabilità rispetto ad essa.**



## AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA

Non sarà pertanto ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria ovvero certificata non personale anche se indirizzata alla PEC dell'Azienda Ospedaliera.

Tutti gli allegati devono essere contenuti nella e-mail trasmessa e non è ammesso l'invio di collegamenti che referenziano gli allegati situati presso server esterni (es. Jumbo mail). In caso di utilizzo di PEC per l'invio della domanda, la casella di posta elettronica certificata utilizzata si intende automaticamente eletta a domicilio informatico.

A tal fine verranno ritenute valide le domande predisposte in formato pdf solo se sottoscritte:

- con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da certificatore accreditato; ovvero
- con firma autografa del candidato e scansione della documentazione (compresa la scansione del documento d'identità).

Si informa che le domande di ammissione alla presente procedura selettiva non verranno in alcun modo controllate dall'Ufficio Protocollo e/o altro ufficio di questa Azienda Ospedaliera, considerato che nel presente avviso vi sono tutte le indicazioni utili per una corretta predisposizione della domanda stessa.

### **B. TERMINE DI SCADENZA: 15 NOVEMBRE 2015**

Detto termine è perentorio e non si terrà conto delle domande, documenti e titoli che perverranno, qualunque ne sia la causa, successivamente a tale scadenza.

Per le domande inoltrate a mezzo del servizio postale, la data di spedizione è comprovata dal timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

Le domande che perverranno oltre tale data di scadenza, secondo modalità diverse da quelle indicate, non verranno prese in considerazione.

L'Azienda declina sin d'ora ogni responsabilità per:

- dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva o errata comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda;
- per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

### **ART. 3 CONTENUTO DELLA DOMANDA**

Nella domanda di ammissione, redatta in forma di autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, in carta semplice, datata e firmata in originale, che si raccomanda di compilare seguendo il modello allegato, gli aspiranti, dovranno indicare:

- il cognome e il nome, la data, il luogo di nascita e la residenza (con indicazione dell'indirizzo);
- l'esplicita indicazione che intendono partecipare al presente avviso;
- la cittadinanza posseduta, con indicazione ove necessario del titolo di equiparazione o della titolarità di regolare permesso di soggiorno e dichiarazione di adeguata conoscenza della lingua italiana;



## AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA

- il comune nelle cui liste elettorali sono iscritti, ovvero i motivi della loro non iscrizione o cancellazione dalle liste medesime;
- eventuali condanne penali riportate, o l'assenza delle stesse, per reati che impediscono, ai sensi delle vigenti disposizioni, la costituzione del rapporto di impiego con una Pubblica Amministrazione. Si precisa che le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti (c.d. patteggiamento – art. 444 c.p.p.) sono equiparate a pronunce di condanna. L'Azienda si riserva la facoltà di valutare se le sentenze penali riportate, la sottoposizione a misure di sicurezza, ovvero i procedimenti penali in corso risultino ostativi all'assunzione;
- il possesso dei titoli di studio richiesti per l'accesso al posto con l'indicazione dei relativi estremi (data, sede e denominazione completa dell'istituto o degli istituti in cui i titoli stessi sono stati conseguiti);
- i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e le cause di cessazione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
- il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione (in caso di mancata indicazione vale ad ogni effetto la residenza di cui alla lett. a).

La domanda deve essere sottoscritta dal candidato. Non è richiesta l'autenticazione della firma a condizione che alla domanda venga allegata la fotocopia di un documento d'identità. La mancata sottoscrizione comporta l'esclusione dall'avviso.

### **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

Ai fini della valutazione dei titoli oltre alla domanda è obbligatorio presentare in allegato:

- curriculum compilato nel rispetto del modello allegato e in forma di autocertificazione;
- copia fronte/retro del documento di riconoscimento;
- elenco dei documenti presentati redatto in carta semplice.

Le dichiarazioni rese e sottoscritte nella domanda di ammissione e nel curriculum hanno valore di dichiarazioni sostitutive di certificazione ai sensi degli artt. 43 e 46 del dpr 445/2000 e di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà ai sensi degli artt. 47 e 38 del cit. dpr, a condizione che venga allegata alla domanda fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Non è ammesso integrare le domande con la produzione di documentazione di qualsiasi tipo dopo la scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione. Ciò anche per quanto riguarda i titoli che conferiscono diritti di precedenza o di preferenza nell'assunzione, titoli che quindi non verranno tenuti in considerazione agli effetti dell'assunzione stessa se non presentati entro il suddetto termine utile.

Non è consentito il riferimento a documenti presentati a questa amministrazione in altre circostanze.

### **DISPOSIZIONI INERENTI LE AUTOCERTIFICAZIONI**



## AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA

A decorrere dal 01/01/2012 per effetto dell'entrata in vigore delle norme che prevedono la "de-certificazione" dei rapporti tra P.A. e privati, non possono essere più accettate le certificazioni da Pubbliche Amministrazioni in ordine a stati, qualità personali e fatti, elencati all'art. 46 del dpr 445/00 o di cui l'interessato abbia diretta conoscenza (art. 47 dpr 445/2000).

Tali certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto di notorietà in quanto le PP.AA. non possono più né richiederli né accettarli.

Nel caso si utilizzi una diversa modalità per la stesura del curriculum lo stesso avrà valore di autocertificazione e consentirà la valutazione di quanto in esso indicato a condizione che riporti i seguenti elementi: a) firma in originale; b) data; c) la dicitura "*Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, rilascia le dichiarazioni contenute nel presente curriculum valendosi delle disposizioni di cui al DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dalla normativa vigente per le ipotesi di falsità e le dichiarazioni mendaci e che l'Amministrazione ricevente le stesse potrà effettuare controlli sulla veridicità del loro contenuto*".

La dichiarazione resa dal candidato in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della documentazione deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che il candidato intende produrre; pertanto l'omissione anche di un solo elemento può determinare la non valutazione o la parziale valutazione del titolo autocertificato. Esempio: se il candidato nel comunicare la data di inizio di un servizio prestato omette di indicare il giorno specificando solo il mese e l'anno o indica solo l'anno, nel primo caso il periodo valutabile sarà calcolato partendo dall'ultimo giorno del mese indicato mentre nel secondo caso dall'ultimo giorno dell'anno indicato. Analogamente per la data di fine servizio sarà considerato il primo giorno del mese o dell'anno indicato quale termine.

Si declina ogni responsabilità per la mancata valutazione di quanto dichiarato con modalità non conformi agli allegati fac-simile della domanda e del curriculum.

Si avverte che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, ferme restando le sanzioni penali previste per dichiarazioni mendaci, per falsità negli atti, qualora dal controllo effettuato dall'amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

I modelli di dichiarazioni sostitutive di certificazione e/o dell'atto di notorietà (allegate all'avviso) sono da utilizzare solo nel caso si debbano dichiarare titoli o situazioni soggettive non ricompresi nella domanda e/o nel curriculum professionale.

**"Dichiarazione sostitutiva di certificazione"** nei casi indicati dall'art. 46 del D.P.R. N. 445/2000 (ad esempio: stato di famiglia, iscrizione all'Ordine dei Medici, possesso del titolo di studio, di specializzazione, di abilitazione, ecc.).

**"Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà"** ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/00 per tutti gli stati, fatti e qualità personali, non compresi nell'elenco di cui al citato art. 46 (ad esempio: borse di studio, attività di servizio, incarichi libero professionali, attività di docenza, pubblicazioni, dichiarazione di conformità all'originale delle copie prodotte, ecc.).

In luogo delle autentiche delle pubblicazioni e dei titoli, è consentita la produzione di semplici copie corredata dalla dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la conformità all'originale delle copie delle pubblicazioni e dei titoli prodotti (fac simile allegato).



## AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA

### MOTIVI DI INACCOGLIBILITA' DELLE DOMANDE

Comportano l'esclusione dall'avviso:

1. la mancanza di sottoscrizione della domanda;
2. la mancanza o incompletezza anche di una sola delle dichiarazioni richieste dal bando che non permettano il riconoscimento di un elemento essenziale (persona fisica, titolo di studio, ecc...);

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali, compresi i dati sensibili, forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova, che è titolare del trattamento, per le finalità di gestione della procedura e saranno trattati, con modalità sia manuale che informatizzata, anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle amministrazioni pubbliche direttamente interessate allo svolgimento della procedura o alla posizione giuridico economica del candidato.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla procedura.

La presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure selettive.

L'elenco dei candidati inseriti nell'albo sarà approvato con apposito provvedimento e rimarrà valido per anni uno dalla data del provvedimento.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di richiedere quelle integrazioni, rettifiche e regolarizzazioni di documenti che saranno ritenute legittimamente attuabili e necessarie.

Per quanto non previsto dal presente avviso si rimanda alla normativa vigente in materia.

**L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, qualora ne rilevasse la necessità e l'opportunità.**

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Struttura Risorse Umane – Settore procedure assuntive e gestione dotazione organica - A.O. C. Poma – Str. Lago Paiolo n. 10 – 46100 Mantova - Tel. 0376/464030– fax 0376-464926 - mail: [reclutamento@aopoma.it](mailto:reclutamento@aopoma.it)

L'avviso viene pubblicato sul sito internet dell'Azienda: [www.aopoma.gov.it/libero-professionisti](http://www.aopoma.gov.it/libero-professionisti)

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Luca Filippo Maria Stucchi



AZIENDA OSPEDALIERA  
CARLO POMA

**Allegato 1**

Spett.le  
Azienda Ospedaliera Carlo Poma  
Str. Lago Paiolo, 10  
46100 Mantova

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ CF:  
\_\_\_\_\_ Partita Iva (se posseduta) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per la formazione dell'albo professionale interno per inserimento nell'attività sanitaria di **medico con specializzazione in** \_\_\_\_\_

All'uopo sotto la propria responsabilità dichiara:

1. \_\_\_\_\_ di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_ di essere \_\_\_\_\_  
(specificare lo stato civile);
3. \_\_\_\_\_ di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
(in caso di mancata iscrizione indicare il motivo);
4. \_\_\_\_\_ di non aver riportato condanne penali (in caso affermativo indicare le condanne penali);
5. \_\_\_\_\_ di essere in possesso dei seguenti titoli richiesti dal bando quali requisiti di ammissione:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ di aver prestato servizio presso Enti pubblici (indicare le eventuali cause di risoluzione del rapporto di pubblico impiego) a qualsiasi titolo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di indicare, altresì, come segue il domicilio presso il quale deve essere data ogni comunicazione relativa al presente avviso :

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di aver preso atto di tutte le condizioni stabilite nel bando, nonché delle norme tutte di legge.

Data, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_



**Allegato 2**

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

**All'AZIENDA OSPEDALIERA  
"CARLO POMA"  
Strada Lago Paiolo, 10  
46100 MANTOVA**

**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':**

**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: \_\_\_\_\_

Pag. 1 di \_\_\_\_\_





AZIENDA OSPEDALIERA  
CARLO POMA

---

**TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:**

- di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA  
conseguita in data \_\_\_\_\_ con voto pari a \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_
  
- di essere in possesso di SPECIALIZZAZIONE in \_\_\_\_\_  
conseguita in data \_\_\_\_\_ con voto pari a \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_  
ai sensi del D.Lgs. \_\_\_\_\_ e della durata legale di anni \_\_\_\_\_ ;
  
- 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 \_\_\_\_\_  
ulteriori informazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



AZIENDA OSPEDALIERA  
CARLO POMA

---

**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 - Vol. – 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 - Vol. – pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: \_\_\_\_\_

PUBBLICAZIONE ON LINE: \_\_\_\_\_

ATTI CONGRESSUALI: \_\_\_\_\_

Pag. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_



AZIENDA OSPEDALIERA  
CARLO POMA

**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

seguinte 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 DIRIGENTE MEDICO DISCIPLINA DI \_\_\_\_\_

- a tempo determinato con rapporto di lavoro  tempo pieno  impegno ridotto ( ore sett. \_\_\_\_\_ )  
 a tempo indeterminato con rapporto di lavoro  tempo pieno  impegno ridotto (n. ore sett. \_\_\_\_\_ )

con incarico dirigenziale di \_\_\_\_\_

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

Motivo dell'eventuale cessazione: \_\_\_\_\_

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

per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Dichiaro che:  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.

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 \_\_\_\_\_

Pag. \_\_\_\_ di \_\_\_\_



AZIENDA OSPEDALIERA  
CARLO POMA

**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: IL GIORNO \_\_\_\_\_ per ore totali \_\_\_\_\_

con superamento esame finale;

non previsto esame finale

*ovvero*

NEI GIORNI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza \_\_\_\_\_ pari a ore totali \_\_\_\_\_

**TITOLO DEL CORSO:** \_\_\_\_\_

ENTE ORGANIZZATORE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI SVOLGIMENTO: \_\_\_\_\_

PRESEZIATO COME:  UDITORE  SEGRETERIA SCIENTIFICA  
 RELATORE  CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO \_\_\_\_\_ per ore totali \_\_\_\_\_

con superamento esame finale;

non previsto esame finale

*ovvero*

NEI GIORNI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza \_\_\_\_\_ pari a ore totali \_\_\_\_\_

Pag. \_\_\_\_ di \_\_\_\_



AZIENDA OSPEDALIERA  
CARLO POMA

---

**ATTIVITA' DIDATTICA:**

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

**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: \_\_\_\_\_



AZIENDA OSPEDALIERA  
CARLO POMA

Pag. \_\_\_\_ di \_\_\_\_

**SOGGIORNI DI STUDIO/ATTIVITA' 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'ATTIVITA' SVOLTA:

---

---

ENTE OSPITANTE: \_\_\_\_\_

ENTE ORGANIZZATORE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI SVOLGIMENTO: \_\_\_\_\_

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): \_\_\_\_\_

**ALTRE ESPERIENZE, ATTINENTI ALLA FUNZIONE DA RICOPRIRE, CHE IL CANDIDATO RITENGA OPPORTUNO AUTOCERTIFICARE:**

---

---

---

---

---

---

---

---

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)

Pag. \_\_\_\_ di \_\_\_\_

**Allegato 3**



AZIENDA OSPEDALIERA  
CARLO POMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

L'anno \_\_\_\_\_ addì \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ il/la  
sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ avvalendosi della facoltà concessa dall'art. 47 del  
D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R.  
per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA (a)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Il dichiarante \_\_\_\_\_

Legenda

(a) Possono essere dichiarati, a titolo meramente esemplificativo, le attività lavorative svolte presso pubbliche amministrazioni o presso privati, le docenze, il volontariato, la conformità agli originali delle fotocopie presentate, ecc..

(b) La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà viene sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero viene sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore.

Ai sensi degli art. 11 e 13 del d. lgs. N. 196/2003, si informa che i dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno utilizzati esclusivamente per finalità connesse al procedimento per il quale sono stati acquisiti. Potranno essere comunicati ad altra P.A. o diffusi solo nei casi previsti da leggi o da regolamenti. La comunicazione ad altra P.A. è inoltre consentita quando è comunque necessaria per lo svolgimento di funzioni istituzionali.

Inoltre, in relazione al trattamento dei dati personali, l'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del d. lgs. N. 196/2003.



**Allegato 4**

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**  
(art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 – art. 15 L. 183/2011)

Il/la sottoscritto/a (a) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ avvalendosi della facoltà concessa dall'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000  
n. 445, così come modificato dalla L. 12.11.2011 n. 183, art. 15 e consapevole delle sanzioni penali previste  
dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria  
personale responsabilità, (b)

**DICHIARA**

1) Di essere in possesso del seguente titolo di studio

\_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_

2) Di essere in possesso della seguente specializzazione \_\_\_\_\_  
conseguita presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

3) Di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione \_\_\_\_\_  
conseguita presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

4) Di essere iscritto/a all' (c) \_\_\_\_\_

5) Di aver partecipato ai seguenti corsi di aggiornamento professionale: \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

6) Di aver/non aver riportato condanne penali

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

Legenda:

- (a) – Cognome e nome del dichiarante
- (b) – Cancellare le voci che non interessano
- (c) – Indicare l'albo, l'elenco, o l'ordine tenuto da pubblica amministrazione in cui si è iscritti.

Ai sensi degli art. 11 e 13 del d. lgs. n. 196/2003, si informa che i dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno utilizzati esclusivamente per finalità connesse al procedimento per il quale sono stati acquisiti. Potranno essere comunicati ad altra P.A. o diffusi solo nei casi previsti da leggi o da regolamenti. La comunicazione ad altra P.A. è inoltre consentita quando è comunque necessaria per lo svolgimento di funzioni istituzionali. Inoltre, in relazione al trattamento dei dati personali, l'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del d. lgs. n. 196/2003.