

FAC – SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

ALLEGATO A)

Spett.le
Fondazione Istituto G. Giglio
C/da Pietrapollastra – Pisciotto, snc
90015 CEFALU' (PA)

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica, per titoli ed esami per l'assunzione a tempo indeterminato, con contratto di lavoro di diritto privato, di n. _____ Medico specialista in _____ indetto da codesta Fondazione con avviso numero riferimento _____;

Ai sensi del D.P.R.28.12.2000 n.445, (Testo Unico delle Disposizioni Legislative e Regolamentari in materia di documentazione amministrativa) consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base a dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera;

DICHIARA

(barrare la casella corrispondente)

- di essere nato/a _____ (prov. di _____) il _____
- di risiedere attualmente a _____ (prov. _____) CAP _____
in via _____ n. _____
recapito telefonico _____; indirizzo e-mail o PEC _____
- che il proprio Codice Fiscale è: _____
- di essere di stato civile _____ figli a carico _____
- di essere in possesso della cittadinanza Italiana (in caso di cittadinanza equiparata o altra cittadinanza compilare l'allegato B)
- di essere iscritto alle liste elettorali del Comune di _____
- in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle liste elettorali _____
- di non avere mai riportato condanne penali;
- di aver riportato le seguenti condanne penali (*devono essere indicate 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 della condanna nel certificato generale del Casellario Giudiziale*) _____
- _____
- di essere a conoscenza di non avere procedimenti penali in corso;
- di avere i seguenti procedimenti penali in corso (specificare quali) _____
- _____

di non trovarsi in alcuna situazione di inibizione per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della professione;

- in caso contrario specificare quali _____

di essere in possesso della Laurea in _____ conseguita in data _____ presso _____ con votazione _____

in caso di titolo di studio conseguito all'estero indicare il provvedimento di riconoscimento dell'equipollenza al corrispondente titolo di studio rilasciato in Italia _____

di essere iscritto/a al n. _____ dell'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di _____ a decorrere dal _____ e di essere tutt'oggi iscritto/a;

di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ conseguito ai sensi del D.Lgs _____ (1) della durata legale di anni _____ in data _____ presso _____

di essere in iscritto al _____ (Indicare anno) di specializzazione in _____ della durata legale di anni _____ presso _____

in caso di titolo di studio conseguito all'estero indicare il provvedimento di riconoscimento dell'equipollenza al corrispondente titolo di studio rilasciato in Italia _____

di non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

di avere prestato servizio, con rapporto d'impiego, presso le seguenti Aziende Sanitarie Ospedaliere Pubbliche, Ospedali classificati, I.R.C.S.S., o presso Strutture Sanitarie convenzionate con il SSN:

➤ ente _____ profilo professionale _____
(indicare denominazione e sede)

periodo: dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

a tempo determinato

a tempo indeterminato

rapporto di lavoro subordinato

altro (specificare se libero professionale, collaborazione, borsa di studio, etc.)

tempo pieno

tempo parziale (specificare il periodo e la percentuale oraria) _____

numero ore settimanali _____

rapporto cessato per _____

(RIPETERE QUESTO SCHEMA PER OGNI DIVERSO DATORE DI LAVORO)

di avere prestato servizio presso strutture private non convenzionate (**specificare il tipo di ente o il servizio non verrà valutato**)

➤ ente _____ profilo professionale _____
(indicare denominazione e sede)

periodo: dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

- a tempo determinato
- a tempo indeterminato
- rapporto di lavoro subordinato
- altro (specificare se libero professionale, collaborazione, borsa di studio, etc.)

-
- tempo pieno
 - tempo parziale (specificare il periodo e la percentuale oraria) _____
 - numero ore settimanali _____
 - rapporto cessato per _____

(RIPETERE QUESTO SCHEMA PER OGNI DIVERSO DATORE DI LAVORO PRIVATO NON CONVENZIONATO)

- che quanto dichiarato nel curriculum formativo e professionale, allegato alla presente istanza risponde a verità ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;
- di autorizzare la Fondazione al trattamento dei propri dati personali, ai sensi della D.Lgs. n.196/2003 e ss.mm.ii., ai fini dell'espletamento della presente selezione, ivi compresa la pubblicazione dei dati della selezione sul sito internet della Fondazione;
- di avere bisogno del seguente ausilio per partecipare alle prove concorsuali _____ (2)
- che qualsiasi comunicazione relativa alla presente selezione sarà fatta utilizzando l'indirizzo e-mail o PEC sopra indicato;

La sottoscrizione in calce alla domanda comporta la totale adesione ed accettazione di tutto quanto contemplato nell'avviso di lavoro.

(firma per esteso non autenticata)

NOTE:

- 1) Indicare se la specializzazione è conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/1991 o del D.Lgs. n. 368/1999, ai fini della valutazione del percorso formativo;
- 2) Qualora il candidato sia portatore di handicap, per sostenere le prove d'esame, necessiti dell'uso di ausili, deve farne specificazione nella domanda;

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- Copia fotostatica (fronte/retro) di un documento di identità personale in corso di validità;
- Allegato B) dichiarazione di cittadinanza (in caso di cittadinanza diversa da quella Italiana);
- Allegato C) documentazione relativa ai titoli che il candidato ritenga opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria;
- Un curriculum formativo e professionale in formato europeo datato e con presenza di firma autografa, in cui vengono indicati tra gli altri, l'esperienza professionale acquisita e l'elenco dei corsi, convegni o seminari, specificare se

effettuati in funzione di uditore o di relatore, specificare se con esame finale ed i relativi crediti ECM acquisiti per ciascun corso, indicare altresì eventuali stage o frequenza presso istituzioni nazionali o estere, nonché la loro durata;

- Laddove pertinente, allegare casistica operatoria datata e sottoscritta dalla Direzione Sanitaria della struttura ove essa è stata conseguita, indicando: data, tipologia di intervento e ruolo svolto nell'ambito dell'equipe operatoria;