

## 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 \_\_\_\_\_

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)

**Eventuali altre esperienze saranno dettagliate nel curriculum vitae allegato alle quali si rimanda per la valutazione:**

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 Regolamento Europeo Trattamento dati Personali n. 679/2016 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;