



data di nascita.....  
Stato di residenza anagrafica .....  
indirizzo di residenza anagrafica .....

**oppure**

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.**:.....  
titolare del seguente **permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo**  
(indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):  
Questura di.....permesso di soggiorno n.....  
rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

**oppure**

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.**:.....  
titolare del seguente permesso di soggiorno rilasciato per lo **status di "rifugiato"** (indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):  
Questura di.....permesso di soggiorno n.....  
rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

**oppure**

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.**:.....  
titolare del seguente permesso di soggiorno rilasciato per lo **status di "protezione sussidiaria"** (indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):  
Questura di.....permesso di soggiorno n.....  
rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

10. di essere (**barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata**):

iscritto/a nelle liste elettorali dello Stato.....  
Comune.....(Prov.....)

**ovvero**

non iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi .....

11.  di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

**ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di essere a conoscenza di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali:  
.....

12.  di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

**ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di aver riportato le seguenti condanne penali e/o di essere stato destinatario dei seguenti provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa:  
.....

13.  di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari negli ultimi 2 anni e di non aver procedimenti disciplinari pendenti;

**ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di essere stato sottoposto ai seguenti procedimenti disciplinari, negli ultimi 2 anni, e/o di essere attualmente sottoposto ai seguenti procedimenti disciplinari:

.....

14. di essere nella seguente posizione agli effetti militari:

non tenuto all'espletamento

dispensato

riformato

con servizio svolto dal

Data inizio (gg/mm/aa): ...../...../..... Data fine (gg/mm/aa):...../...../.....

in qualità di.....

*(indicare grado/qualifica)*

presso .....

15. di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

16. di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ durata anni \_\_\_\_\_;

17. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di .....dal (gg/mm/aaaa)..... al n. ....

**Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445:**

18. di essere fisicamente idoneo all'impiego;

19. di non essere stato destituito o dispensato dal Servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

20.  di essere in possesso della patente di guida .....*(indicare la categoria)*  
n. patente.....rilasciata da.....in data.....

**ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di non essere in possesso della patente di guida

21.  di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

Data inizio (gg/mm/aa): ...../...../..... Data fine (gg/mm/aa):...../...../.....

Data inizio (gg/mm/aa): ...../...../..... Data fine (gg/mm/aa):...../...../.....

**ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di non di aver fruito di periodi di aspettativa senza assegni

22.  di appartenere alle seguenti categorie con diritto a precedenza/preferenza a parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994): .....

.....

**ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di non appartenere a categorie con diritto a precedenza/preferenza a parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994)

23.  di essere portatore di handicap, a seguito di accertamenti effettuati dalle commissioni mediche di cui all'art. 4 della legge n. 104/92 e di avere necessità dei seguenti ausili:.....

e dei seguenti tempi aggiuntivi .....  
**ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di non essere portatore di handicap di cui all'art. 4 della legge n. 104/92 e di non avere pertanto necessità di ausili o di tempi aggiuntivi per l'effettuazione delle prove

Il/La sottoscritto/a allega inoltre, come prescritto dal bando di avviso pubblico, le seguenti schede, che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente domanda **(barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata):**

- scheda n. 1** autodichiarazione relativa al possesso dei titoli di studio, composta da n. \_\_\_\_ fogli;
- scheda n. 1/a** autodichiarazione relativa al possesso di ulteriori titoli di studio, composta da n. \_\_\_\_ fogli;
- scheda n. 2** autodichiarazione relativa al servizio effettivo prestato presso gli Enti Pubblici, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli;
- scheda n. 3** autodichiarazione relativa al servizio effettivo prestato presso altri Enti Privati Accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli;
- scheda n. 4** autodichiarazione relativa al servizio effettivo prestato presso Aziende Private Non Accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli;
- scheda n. 5** autodichiarazione relativa alla partecipazione agli eventi formativi, composta da n. \_\_\_\_ fogli;
- scheda n. 6** autodichiarazione relativa alle attività di docenza, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli;
- scheda n. 7** relativa alle pubblicazioni edite a stampa, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli.
- scheda n. 8** relativa al curriculum vitae, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli.

**Il/la sottoscritto/a indica la seguente lingua straniera per la prova orale (barrare la casella di interesse):**

**inglese**                                       **francese**                                       **spagnolo**

Il/La sottoscritto/a **dichiara**, inoltre, di accettare tutte le indicazioni e prescrizioni contenute nel bando di avviso pubblico.

Il/La sottoscritto/a **dichiara**, altresì, di eleggere il seguente domicilio presso il quale devono essere fatte eventuali comunicazioni (con esclusione delle comunicazioni relative alle date e al luogo di svolgimento delle prove scritta, pratica ed orale, che verranno pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana), impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive ed esonerando l'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini di Milano da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità (fermo restando che in caso di utilizzo del servizio di PEC per l'invio dell'istanza, questo equivale automaticamente ad elezione di domicilio informatico per eventuali future comunicazioni da parte dell'Azienda nei confronti dell'istante, escluse le comunicazioni relative alle date e al luogo di svolgimento delle prove scritta, pratica ed orale):

Sig./Sig.ra.....

presso.....

Via..... n. ....

Frazione .....

del Comune di ..... (Prov. ....)

c.a.p.....Telefono  
.....Cellulare.....

indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC).....

Indirizzo e-mail .....

Allega alla presente domanda l'elenco dei documenti e dei titoli presentati.

Luogo,..... data .....

-----  
**Firma**

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 posto a tempo unico e determinato di Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**

Il/La sottoscritto/a.....  
 nato/a a.....il.....,  
 in relazione all'avviso pubblico anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di essere in possesso dei seguenti **titoli di studio**:

Diploma di:

- Laurea (DL) in "Medicina e Chirurgia"** (di cui agli ordinamenti non ancora riformulati ai sensi del decreto ministeriale n. 509 del 1999)
- Laurea Specialistica (LS) nella "Classe delle lauree specialistiche in medicina e chirurgia" CLS-46/S** (D.M. 28.11.2000 e D.M. 12.04.2001)
- Diploma di Laurea Magistrale** (D.M. 270/2004) nella classe **LM- 41 "Medicina e Chirurgia"**

conseguito in data.....

presso.....

(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

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

Diploma di specializzazione in .....  
 conseguito in data.....

presso .....

(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

Barrare la casella qualora la specializzazione sia stata conseguita ai sensi del D.L.vo 08.08.1991, n. 257 ed indicare la durata della specializzazione n..... anni

Barrare la casella qualora la specializzazione sia stata conseguita ai sensi del D.L.vo 17.08.1999, n. 368 ed indicare la durata della specializzazione n..... anni

Dottorato di ricerca in.....  
 conseguito in data.....

presso .....

(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

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

**Foglio n..... di .....** **(firma).....**

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 posto a tempo unico e determinato di Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a..... il....., in relazione all'avviso pubblico anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di essere in possesso dei seguenti ulteriori **titoli di studio**:

Ulteriori titoli accademici conseguiti:..... durata legale del corso di studi..... conseguito il..... presso ..... *(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)*

Ulteriori titoli accademici conseguiti:..... durata legale del corso di studi..... conseguito il..... presso ..... *(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)*

Ulteriori titoli accademici conseguiti:..... durata legale del corso di studi..... conseguito il..... presso ..... *(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)*

Ulteriori titoli accademici conseguiti:..... durata legale del corso di studi..... conseguito il..... presso ..... *(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)*

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

Foglio n..... di ..... (firma).....

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445. Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 posto a tempo unico e determinato di Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**

Il/La sottoscritto/a.....  
 nato/a a.....il.....  
 in relazione all'avviso pubblico anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, 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 di inquadramento..... .....categoria...../ex livello..... Da (gg/mm/aa inizio) ...../...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi) ...../...../..... n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale) .....(indicare la percentuale oraria) Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) ..... Causa di risoluzione rapporto di lavoro..... Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. 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 di inquadramento..... .....categoria...../ex livello..... Da (gg/mm/aa inizio) ...../...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi) ...../...../..... n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale) .....(indicare la percentuale oraria) Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) ..... Causa di risoluzione rapporto di lavoro..... Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. 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.

**Foglio n..... di .....** **(firma).....**

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 posto a tempo unico e determinato di Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**

Il/La sottoscritto/a.....  
 nato/a a.....il.....,  
 in relazione all'avviso pubblico anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, 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 di inquadramento..... .....categoria...../ex livello..... Da (gg/mm/aa inizio) ...../...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi) ...../...../..... n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale) .....(indicare la percentuale oraria) Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) ..... Causa di risoluzione rapporto di lavoro..... <input type="checkbox"/> <b>Si allega copia fotostatica della documentazione comprovante l'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero .....</b>
---

Azienda / Ente..... Indirizzo Azienda / Ente..... Profilo professionale di inquadramento..... .....categoria...../ex livello..... Da (gg/mm/aa inizio) ...../...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi) ...../...../..... n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale) .....(indicare la percentuale oraria) Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) ..... Causa di risoluzione rapporto di lavoro..... <input type="checkbox"/> <b>Si allega copia fotostatica della documentazione comprovante l'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero .....</b>
---

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.

**Foglio n..... di .....** **(firma).....**

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 posto a tempo unico e determinato di Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**

Il/La sottoscritto/a.....  
 nato/a a.....il.....,  
 in relazione all'avviso pubblico anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, 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 di inquadramento..... .....categoria...../ex livello..... Da (gg/mm/aa inizio) ...../...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi) ...../...../..... n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale) .....(indicare la percentuale oraria) Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) ..... Causa di risoluzione rapporto di lavoro..... <input type="checkbox"/> <b>Si allega copia fotostatica della documentazione comprovante l'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero .....</b>
---

Azienda / Ente..... Indirizzo Azienda / Ente..... Profilo professionale di inquadramento..... .....categoria...../ex livello..... Da (gg/mm/aa inizio) ...../...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi) ...../...../..... n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale) .....(indicare la percentuale oraria) Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) ..... Causa di risoluzione rapporto di lavoro..... <input type="checkbox"/> <b>Si allega copia fotostatica della documentazione comprovante l'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero .....</b>
---

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.

**Foglio n..... di .....** **(firma).....**

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 posto a tempo unico e determinato di Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**

Il/La sottoscritto/a.....  
 nato/a a.....il.....,  
 in relazione all'avviso pubblico anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di **avere partecipato, negli ultimi 5 anni, ai seguenti eventi formativi attinenti al profilo** come risulta dai riquadri sottostanti:

**(in caso di più eventi utilizzare più moduli)**

Evento Formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop)..... Titolo Evento ..... in qualità di (relatore/partecipante) ..... Organizzato da..... <div style="text-align: center;">(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)</div> Sede Evento..... in data (data svolgimento evento) ..... per complessivi giorni ..... per complessive ore ..... <input type="checkbox"/> Trattasi di evento formativo svolto <b>non presso enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestato finale</b> , sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero .....
---

Evento Formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop)..... Titolo Evento ..... in qualità di (relatore/partecipante) ..... Organizzato da..... <div style="text-align: center;">(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)</div> Sede Evento..... in data (data svolgimento evento) ..... per complessivi giorni ..... per complessive ore ..... <input type="checkbox"/> Trattasi di evento formativo svolto <b>non presso enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestato finale</b> , sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero .....
---

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

**Foglio n..... di ..... (firma).....**

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 posto a tempo unico e determinato di Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**

Il/La sottoscritto/a.....  
 nato/a a.....il.....,  
 in relazione all'avviso pubblico anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di **avere svolto, negli ultimi 5 anni, la seguente attività didattica attinente al profilo** come risulta dai riquadri sottostanti:

**(in caso di più attività didattiche utilizzare più moduli)**

Tipo di attività didattica..... Titolo Corso..... Organizzato da..... <p style="text-align: center;">(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)</p> Destinatari del corso..... in data (data svolgimento corso) ..... per complessivi giorni ..... per complessive ore ..... <input type="checkbox"/> Trattasi di attività svolta <b>non presso enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestazione riferita all'attività svolta</b> , sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero .....
---

Tipo di attività didattica..... Titolo Corso..... Organizzato da..... <p style="text-align: center;">(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)</p> Destinatari del corso..... in data (data svolgimento corso) ..... per complessivi giorni ..... per complessive ore ..... <input type="checkbox"/> Trattasi di attività svolta <b>non presso enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestazione riferita all'attività svolta</b> , sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero .....
---

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

**Foglio n..... di .....** **(firma).....**

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 posto a tempo unico e determinato di Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a.....il.....,  
in relazione all'avviso pubblico anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di **essere stato autore, negli ultimi 5 anni, delle seguenti pubblicazioni attinenti al profilo**, come risulta dai riquadri sottostanti:

**(in caso di più pubblicazioni utilizzare più moduli)**

Tipo di pubblicazione (indicare se libro, abstract, poster).....
Titolo della pubblicazione.....
Indicare se AUTORE o COAUTORE .....
Pubblicato da (indicare nome Rivista o Casa Editrice).....
Anno di pubblicazione..... Riproduzione per intero/per estratto, da pag. .... a pag. ....
Vedi <b>allegato n.....</b> : <input type="checkbox"/> originale <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> copia fotostatica conforme all'originale (art. 19 D.P.R. 445/2000)

Tipo di pubblicazione (indicare se libro, abstract, poster).....
Titolo della pubblicazione.....
Indicare se AUTORE o COAUTORE .....
Pubblicato da (indicare nome Rivista o Casa Editrice).....
Anno di pubblicazione..... Riproduzione per intero/per estratto, da pag. .... a pag. ....
Vedi <b>allegato n.....</b> : <input type="checkbox"/> originale <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> copia fotostatica conforme all'originale (art. 19 D.P.R. 445/2000)

Tipo di pubblicazione (indicare se libro, abstract, poster).....
Titolo della pubblicazione.....
Indicare se AUTORE o COAUTORE .....
Pubblicato da (indicare nome Rivista o Casa Editrice).....
Anno di pubblicazione..... Riproduzione per intero/per estratto, da pag. .... a pag. ....
Vedi <b>allegato n.....</b> : <input type="checkbox"/> originale <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> copia fotostatica conforme all'originale (art. 19 D.P.R. 445/2000)

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

**Foglio n..... di .....** **(firma).....**

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 posto a tempo unico e determinato di Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**

**CURRICULUM VITAE**

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'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

<p><b>di essere in possesso del diploma di Laurea</b> in .....          conseguito in data ..... presso          l'Università degli Studi di .....  <i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i></p> <p>Riconoscimento a cura del .....in data .....</p> <p><b>(duplicare il riquadro in caso di necessità)</b></p>
<p><b>di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici</b> della Provincia di.....          dal.....n° di iscrizione.....</p>
<p><b>di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b></p> <p>1)Disciplina: .....          conseguita in data.....presso l'Università di .....</p> <p>ai sensi del DLgs 257/1991 <input type="checkbox"/> DLgs 368/1999<input type="checkbox"/> durata anni .....</p> <p>2)Disciplina .....          conseguita in data.....presso l'Università di .....</p> <p>ai sensi del DLgs 257/1991 <input type="checkbox"/> DLgs 368/1999<input type="checkbox"/> durata anni .....</p> <p><i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i></p> <p>Riconoscimento a cura del ..... in data .....</p>

<p>Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture ove è stata svolta l'attività</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime</p>
---

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

**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*):

dal .....al .....(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, etc.)

..... 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.....  
dal .....al .....  
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 .....  
insegnamento .....a.a. ....  
ore docenza .....(specificare se complessive o settimanali)  
**(duplicare il riquadro ad ogni variazione)**

**di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale**

dal .....al .....  
presso.....  
contenuti del corso.....  
  
dal .....al .....  
presso.....  
contenuti del corso.....

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

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_