

ALLEGATO B

COD. PROC. 20153APSCRADIOLOGIA

**AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA"**
Via Tristano di Joannuccio
05100 TERNI (TR)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ residente in _____ Via _____
n. _____ Cap _____ Tel. _____ Cellulare _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso all'Avviso Pubblico per l'attribuzione di un incarico **quinquennale di Direzione della Struttura Complessa di RADIOLOGIA**, indetto con delibera n. **871 del 05/12/2023**.
Il sottoscritto, dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art.76 D.P.R. n. 445/2000), quanto segue:

DICHIARA

-di essere in possesso dei requisiti generali richiesti dal bando:

- cittadinanza italiana ovvero _____
- iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero motivi della non iscrizione/cancellazione _____;
- di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali /sanzioni disciplinari pendenti a proprio carico ovvero di avere riportato _____;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego ovvero licenziato da Pubbliche Amministrazioni per persistente, insufficiente rendimento ovvero a seguito dell'accertamento che l'impiego venne conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziato da invalidità non sanabile.

-di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione:

- laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data _____ presso _____
e abilitazione alla professione medico chirurgica conseguita in data _____ presso _____
- iscrizione all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ al n. _____
- diploma di Specializzazione in _____ conseguito il _____
presso l'Università degli Studi di _____ durata del corso anni _____
- anzianità di servizio di anni _____ maturata nella disciplina di _____
- attestato di formazione manageriale conseguito il _____ presso _____
_____ ovvero _____

di riservarsi di conseguire l'attestato di formazione manageriale entro un anno dall'inizio dell'incarico qualora conferito

-di prestare attualmente servizio con rapporto di lavoro subordinato presso la seguente Pubblica Amministrazione:

Azienda /Ente _____

nel profilo di _____ disciplina di _____

a tempo indeterminato determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno.

-di essere fisicamente idoneo alla mansione specifica

- di avere la necessità dell'ausilio _____ per l'applicazione dell'art. 20 della Legge n. 104/1992;

-che l'indirizzo al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura e il seguente:

Via _____ n. _____

Comune _____ cap _____

PEC _____ Telefono _____

ATTESTA

- di aver preso visione del profilo oggettivo e soggettivo che caratterizza la struttura complessa in argomento, allegato e pubblicato sul sito www.aospterni.it alla pagina "Bandi di Concorso";
- di essere consapevole dell'obbligo, in caso di variazione di indirizzo, di comunicazione all'Azienda, la quale non si assume responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso il recapito comunicato;
- di essere consapevole che prima della nomina del candidato prescelto, i *curricula* inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio, verranno pubblicati sul sito internet aziendale;
- di acconsentire, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, per le finalità e nei limiti di cui al bando e subordinatamente al puntuale rispetto della vigente normativa.

DICHIARA inoltre (ai sensi artt. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e smi)

- che tutte le fotocopie dei titoli allegati ed elencati sono conformi all'originale;
- che quanto dichiarato nell'allegato curriculum formativo e professionale corrisponde al vero.

Il sottoscritto, allega, alla presente istanza la seguente documentazione:

- **curriculum formativo professionale datato e firmato**
- **documentazione della Direzione Sanitaria attestante la tipologia delle istituzioni dove è stato prestato servizio**
- **documentazione della Direzione Sanitaria attestante la tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate**
- **elenco pubblicazioni allegate**
- **modulo assenza cause di inconfiribilità/incompatibilità con l'incarico dirigenziale**
- **fotocopia fronte retro di un documento di identità personale in corso di validità**

data _____

firma