

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PUBBLICA SELEZIONE, PER TITOLI E COLLOQUIO , PER LA FORMULAZIONE DI UN ELENCO DI MEDICI SPECIALISTI IN MEDICINA LEGALE DA UTILIZZARE PER L'AFFIDAMENTO DI INCARICHI INDIVIDUALI DI CUI ALL'ART. 7 DEL D.LGS 165/2001 E S.M.I. AVENTI AD OGGETTO L'ESPLETAMENTO DELLE FUNZIONI DI PRESIDENTE DELLE COMMISSIONI MEDICHE, PREPOSTE ALL'ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI INVALIDITÀ CIVILE, HANDICAP, DISABILITÀ, SORDOMUTISMO E CIECO CIVILE PRESSO L'AZIENDA USL DI TERAMO, **UBICATE PRESSO LE SEDI DISTRETTUALI DI ATRI, NERETO E GIULIANOVA E PER OGNI EVENTUALE ED ULTERIORE SEDE CHE DOVESSE RENDERSI VACANTE.****

(DA REDIGERE SU CARTA SEMPLICE E DA COMPILARE IN MODO LEGGIBILE, PREFERIBILMENTE DATILOSCRITTA).

Al Sig. Direttore Generale  
dell'Azienda USL di Teramo  
Circonvallazione Ragusa n. 1  
64100 TERAMO

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ a partecipare all'avviso riservato ai medici specialisti in Medicina Legale, al fine di formare un elenco dal quale attingere per lo svolgimento di attività di Presidente delle Commissioni Mediche di invalidità.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, anche agli effetti previsti dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

- di chiamarsi \_\_\_\_\_;
- di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- di non aver riportato condanne penali e/o procedimenti penali in corso (*la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata, ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa*) – in caso positivo dovranno essere dichiarate anche le condanne a pena condizionalmente sospesa ed in generale dovrà essere dichiarata la tipologia di condanna e/o di procedimento penale in corso;
- di non essere stat\_ licenziat\_ a seguito di procedimento disciplinare ovvero di non avere procedimenti disciplinari in corso; (*la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata, ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa*) – in caso positivo dovrà essere dichiarata la tipologia di sanzione espulsiva comminata e/o di procedimento disciplinare in corso;
- di essere dipendente/convenzionato con codesta Azienda USL con la qualifica di \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
- di essere iscritto all'Albo dell'ordine dei medici-chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione Medico – Chirurgica in data \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ - durata legale del corso anni \_\_\_\_\_:
  - ☐ conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 257/91
  - ☐ conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 368/99
  - ☐ non conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 257/91 o D.Lgs. n. 368/99
- di non aver mai prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni ovvero di aver prestato servizio o prestare servizio con rapporto d'impiego presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ - disciplina di \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa alla presente selezione: Dott. \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_, Comune \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_  
Tel. n. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ ovvero e-mail: \_\_\_\_\_ ovvero PEC: \_\_\_\_\_ (*i candidati hanno l'obbligo di comunicare gli eventuali cambi di indirizzo all'Azienda USL, la quale non assumer responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato*);

- di non essere stat\_\_ esclus\_\_ dall'elettorato attivo e/o dispensat\_\_ dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per avere conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile (la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata, ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa);
  - di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196;
- Allega la documentazione indicata nell'unito elenco descrittivo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**

## SCHEMA ESEMPLIFICATIVO

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ con riferimento all'istanza di partecipazione

alla pubblica selezione, per titoli e colloquio, per la formulazione di un elenco di medici specialisti in medicina legale da utilizzare per l'affidamento di incarichi individuali di cui all'art. 7 del d.lgs 165/2001 e s.m.i. aventi ad oggetto l'espletamento delle funzioni di presidente delle commissioni mediche, preposte all'accertamento delle condizioni di invalidità civile, handicap, disabilità, sordomutismo e cieco civile presso l'azienda usl di teramo, **ubicate presso le sedi distrettuali di Atri, Nereto e Giulianova e per ogni eventuale ed ulteriore sede che dovesse rendersi vacante.**

**Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.;**

informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

### D I C H I A R A

- Di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- Di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione Medico – Chirurgica in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso della specializzazione nella disciplina di \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ - durata legale del corso anni \_\_\_\_\_:
  - ☐ conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 257/91
  - ☐ conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 368/99
  - ☐ non conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 257/91 o D.Lgs. n. 368/99
- Di essere in possesso dell'ulteriore titolo di studio:  
\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;

- Di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili:

Attestati di partecipazione a congressi, convegni, aggiornamento, diplomi di specializzazione, formazione, qualificazione tecnica, ecc. **(Ai fini della valutazione è necessaria una dettagliata descrizione)**

- Denominazione del corso: \_\_\_\_\_ organizzato da \_\_\_\_\_ svolto nel/i giorno/i \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ - Crediti E.C.M. N. \_\_\_\_\_;
- Denominazione del corso: \_\_\_\_\_ organizzato da \_\_\_\_\_ svolto nel/i giorno/i \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ - Crediti E.C.M. N. \_\_\_\_\_;

Altra idonea documentazione da cui sia possibile dedurre attitudini professionali in relazione alle mansioni da svolgere: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il dichiarante \_\_\_\_\_

N.B. La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie e previste dalla certificazione che sostituiscono; per poter effettuare una corretta valutazione dei titoli, in carenza o comunque in presenza di dichiarazioni non in regola o che non permettano di avere informazioni precise sul titolo o sui servizi, non verrà tenuto conto delle dichiarazioni rese.

## SCHEMA ESEMPLIFICATIVO

### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

(artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ con riferimento all'istanza di partecipazione **con riferimento all'istanza di partecipazione** alla pubblica selezione, per titoli e colloquio, per la formulazione di un elenco di medici specialisti in medicina legale da utilizzare per l'affidamento di incarichi individuali di cui all'art. 7 del d.lgs 165/2001 e s.m.i. aventi ad oggetto l'espletamento delle funzioni di presidente delle commissioni mediche, preposte all'accertamento delle condizioni di invalidità civile, handicap, disabilità, sordomutismo e cieco civile presso l'azienda usl di teramo, **ubicate presso le sedi distrettuali di Atri, Nereto e Giulianova e per ogni eventuale ed ulteriore sede che dovesse rendersi vacante.**

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.;

informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

### **D I C H I A R A**

- Di essere stato membro della Commissione per l'accertamento dell'Invalidità civile:

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- in qualità di (Presidente o componente) \_\_\_\_\_
- presso \_\_\_\_\_ ☐ Azienda USL \_\_\_\_\_ ☐ INPS sede di \_\_\_\_\_ ☐ Ministero del Tesoro \_\_\_\_\_

- Dichiaro le seguenti pubblicazioni:

Titolo del lavoro: \_\_\_\_\_

Autori: \_\_\_\_\_

Riferimento bibliografici: \_\_\_\_\_

**delle pubblicazioni indicate il/la sottoscritto/a deve allegare fotocopia/scansione dei documenti originali in suo possesso.**

- Altri titoli: \_\_\_\_\_;

- Dichiaro che le seguenti copie sono conformi all'originale:

1) \_\_\_\_\_;

2) \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il dichiarante  
\_\_\_\_\_

**N.B.** La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata.

Alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà **dovrà essere allegata copia fotostatica, fronte/retro, di un documento di identità del sottoscrittore.**

Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie e previste dalla certificazione che sostituiscono; per poter effettuare una corretta valutazione dei titoli, in carenza o comunque in presenza di dichiarazioni non in regola o che non permettano di avere informazioni precise sul titolo o sui servizi, non verrà tenuto conto delle dichiarazioni rese.