****

**SCHEMA DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**AL DIRETTORE GENERALE**

**DELL’AZIENDA UNITA’ SANITARIA LOCALE DI FERRARA**

**VIA CASSOLI, 30 – 44121 - FERRARA**

\_\_l\_\_sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_Nazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In riferimento all’Avviso per incarichi Libero Professionali a medici per attività assistenziale presso l’U.O. di Medicina interna dell’Ospedale di Cento indetto con Determina n. 567 del 12/05/2025 e rettificato con Determina n. 713 dell’11/06/2025

**DICHIARA**

La propria disponibilità al conferimento di un incarico libero professionale presso l’UO di Medicina Interna dell’Ospedale di Cento.

**A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti richiamati dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.:**

**DICHIARA ALTRESI’:**

* di essere in possesso dei seguenti requisiti richiesti dall'avviso
* Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Se in possesso di specializzazione in Geriatria indicare data di conseguimento della specialità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere iscritto/a all’Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere in possesso altresì del requisito preferenziale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di **non** essere attualmente dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra P.A.;
* di non aver mai riportato condanne penali (ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali **da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto o perdono giudiziale:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e contestualmente, accetta tutte le condizioni contenute nell'avviso.

**Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio al quale deve, ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione inerente la presente procedura:**

COMUNE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NR. CIVICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P.E.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-MAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegati:**

* **Curriculum vitae**
* **Copia documento di identità**

Distinti saluti.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(comune di nascita; se nato/a all’estero, specificare lo stato)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(comune di residenza) (prov.)

in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indirizzo)

domiciliato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_

(comune di residenza) (prov.)

in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indirizzo)

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PIVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell’Amministrazione

**DICHIARA**

**ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.200 e s.m.i.**

che i dati indicati nel presente curriculum formativo e professionale di seguito corrispondono a verità.

**TITOLI DI STUDIO**

|  |  |
| --- | --- |
| DIPLOMA / LAUREA | Sede: Anno: Voto: |
| SPECIALIZZAZIONI | Indicare Specializzazioni conseguite, con sede, anno e votazione |
| DOTTORATO | Indicare Dottorato, con sede ed anno |
| ISCRIZIONE ALL’ALBO / ORDINE DEI \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Provincia e n. iscrizione |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Esperienze Lavorative**  **•** Data (da – a) |  | [ Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto. ] |
| **•** Nome e indirizzo del datore di lavoro |  |  |
| **•** Tipo di azienda o settore |  |  |
| **•** Tipo di impiego |  |  |
| **•** Principali mansioni e responsabilità |  |  |

***•*** *Data (da – a)*

*…………………………*

**Formazione e corsi post laurea**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| • Data (da – a) |  | [ Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso pertinente frequentato con successo. ] |
| • Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione |  |  |
| • Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio |  |  |
| • Riconoscimento conseguito |  |  |
|  |  |  |

***•*** *Data (da – a)*

*…………………………*

**Attività scientifica**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| • Principali materie / aree tematiche di cui si è occupato |  |
| • Ruolo svolto |  |
| • Periodi di riferimento  • Allegare elenco pubblicazioni |  |

|  |
| --- |
| Capacità e competenze personali  *Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali*. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Madrelingua** |  | **[ Indicare la madrelingua ]** |

|  |
| --- |
| Altre lingue |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **[ Indicare la lingua ]** |
| **•** Capacità di lettura |  | [ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ] |
| **•** Capacità di scrittura |  | [ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ] |
| **•** Capacità di espressione orale |  | [ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Capacità e competenze relazionali**  *Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.* |  | [ Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. ] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Capacità e competenze organizzative**  *Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.* |  | [ Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. ] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Capacità e competenze tecniche**  *Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.* |  | [ Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. ] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *.* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Altre capacità e competenze**  *Competenze non precedentemente indicate.* |  | [ Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. ] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patente o patenti |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ulteriori informazioni |  | [ Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc. ] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Indicare gli allegati inviati, le pubblicazioni debbono essere indicate in un elenco riepilogativo: non includere fascicoli o volumi |

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Il/La Dichiarante**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Ai sensi dell’art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all’ufficio competente, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**Informativa ai sensi dell’art. 13 D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i.: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo**

Il titolare dei trattamenti è l’Azienda USL di Ferrara nella persona del Direttore Generale protempore, domiciliato per la carica presso l’Azienda USL di Ferrara in Via Cassoli n.30. In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall’Azienda, l’interessato è titolare dei diritti previsti dall’ex art. 7 del DLG 196 /2003. In particolare ha il diritto di conoscere i dati che lo riguardano di chiedere l’aggiornamento, la rettifica o la cancellazione o il blocco dei dati in caso di violazione di legge.

|  |  |
| --- | --- |
| **IL FUNZIONARIO RICEVENTE**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **DATA**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |