















Per quanto non previsto nel presente bando, si fa richiamo alle disposizioni di Legge/Regolamenti vigenti in materia. La restituzione della documentazione presentata dai candidati, potrà avvenire dopo che siano trascorsi i termini fissati dalla legge per eventuali ricorsi e purché non vi siano ricorsi eventualmente prodotti, non ancora definitivamente decisi e potrà essere effettuata personalmente (o da un incaricato munito di delega, con firma autenticata ai sensi di legge) oppure per via postale ed a seguito di specifica richiesta dell'interessato, mediante contrassegno. La restituzione dei documenti presentati potrà avvenire anche prima della scadenza del suddetto termine per il candidato non presentatosi al colloquio, ovvero per chi prima dell'inizio del colloquio dichiara in carta semplice di rinunciare alla presente selezione. Ai sensi dell'art.13, comma 1 del D.Lg.vo 30.6.03 n.196 e s.m.i (codice in materia di protezione dati personali), i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Ospedaliera – U.O.C. Gestione Risorse Umane – per le finalità di gestione della selezione e saranno trattati presso una banca dati automatizzata anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla selezione. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle amministrazioni pubbliche interessate alla posizione giuridico-economica dell'incaricato. L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 della citata legge tra i quali figura il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui il diritto di far rettificare, aggiornare o completare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dott. Achille GENTILE**



**ALLEGATO "A" - FAC SIMILE DI DOMANDA**

**AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA  
Via S. MARTINO,sn  
87100 COSENZA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso all'Avviso Pubblico per il conferimento dell'incarico di **Direzione della Struttura  
Pediatria** indetto con deliberazione del Direttore Generale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

**DICHIARANDO**

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):

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

- ☐ cittadinanza italiana, *ovvero* \_\_\_\_\_ (riportare ipotesi prevista dal bando)
- ☐ iscrizione nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (*ovvero motivi della non iscrizione/cancellazione* \_\_\_\_\_)
- ☐ non avere riportato condanne penali e non avere procedimenti penali /sanzioni disciplinari pendenti a proprio carico;  
(ovvero indicare le eventuali condanne penali riportate e/o i procedimenti penali in corso);
- ☐ 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.
- ☐ idoneità fisica specifica alle mansioni

**-di essere in possesso dei seguenti 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'albo dell'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 \_\_\_\_\_

con contratto di lavoro ☐  
☐

a tempo indeterminato  
a tempo determinato

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

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

#### ATTESTANDO

- di aver preso visione del profilo professionale che caratterizza la struttura complessa in argomento, descritto nel bando e pubblicato sul sito [www.aocosenza.it](http://www.aocosenza.it) alla pagina "Concorsi e Avvisi";
- 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.

**Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 che tutte le fotocopie dei titoli allegati ed elencati sono conformi all'originale**

Il sottoscritto, allega alla presente istanza la seguente documentazione:

- **curriculum formativo professionale datato e firmato, redatto come da fac simile allegato al bando**
- **n. \_\_\_\_\_ pubblicazioni**
- **fotocopia fronte retro di un documento di identità personale in corso di validità**

data \_\_\_\_\_

FIRMA

www.AlboPretorionline.it

**AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA  
Via S. MARTINO,sn  
87100 COSENZA**

Nato il ..... a .....  
prov.....

Sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e smi, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, e consapevole altresì che l'A.O. di Cosenza può acquisire direttamente gli atti comprovanti:

- **di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo**  
conseguita in data ..... presso .....

- di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici della Provincia di .....  
dal..... n° ..... di ..... iscrizione

**- di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione:**

Disciplina ..... conseguito in data .....  
..... presso l'Università di ..... ai  
sensi del DLgs 257/1991 del DLgs 368/1999  
durata anni ..... titolo riconosciuta da ..... in data ..... (da compilare  
solo in caso di titolo conseguito in stato diverso da quello italiano)

- **di avere prestato servizio:**

☐ con rapporto di lavoro subordinato, nel profilo professionale ..... disciplina  
..... dal ..... al .....  
presso l'Azienda/Ente .....

con contratto di lavoro a tempo      indeterminato ◇      determinato ◇

a tempo pieno      con impegno ridotto (n. ore ..... settimanali)



con interruzione dal servizio (*ad es. per aspettative, congedi senza assegni*):

dal ..... al ..... (*indicare giorno/mese/anno e motivo interruzione*)

con altre tipologie contrattuali (*da precisare, se trattasi, ad es., di prestazioni di lavoro autonomo, di attività in convenzione con il SSN ecc*) nel profilo professionale ....., disciplina ..... dal ..... al ....., n. .... ore settimanali

**- di svolgere il seguente incarico dirigenziale:**

tipologia incarico (*precisare se incarico di direzione di struttura complessa, di struttura semplice, di alta professionalità*)

dal ..... al ..... presso la Struttura Complessa  
..... dell'Azienda/Ente .....,  
occupandosi di (*descrivere attività svolta ed indicare eventuali specifici ambiti di autonomia professionale*) .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**- di aver svolto, inoltre, i seguenti incarichi dirigenziali:**

tipologia incarico (*precisare se incarico di direzione di struttura complessa, di struttura semplice, di alta professionalità*)

dal ..... al ..... presso la Struttura Complessa  
..... dell'Azienda/Ente .....,  
occupandosi di (*descrivere attività svolta ed indicare eventuali specifici ambiti di autonomia professionale*) .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**- 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 conseguito le seguenti ulteriori Specializzazioni, Laurea, Master e Corsi di Perfezionamento:**

**Laurea** in ..... conseguita in data.....

presso l'Università degli Studi di.....

**Specializzazione** in ..... conseguita in data  
.....presso ..... l'Università ..... degli ..... Studi ..... di

**Master** in ..... conseguito in data  
.....presso

**Corso di perfezionamento** in.....conseguito in data  
presso ..... l'Università ..... degli ..... Studi ..... di

**- di aver frequentato i seguenti soggiorni di studio/addestramento**

*(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività inerenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a mesi tre, con esclusione dei tirocini obbligatori)*

Presso

.....

.....(prov. ....) — Via

.....n. ....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore .....

**- di avere svolto attività didattica** *(attività presso corsi di studio per il conseguimento di lauree o di specializzazioni dei*

*profili medici o della dirigenza sanitaria nonché delle professioni sanitarie ovvero presso scuole per la formazione del 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)

**- di aver partecipato alle seguenti attività di aggiornamento e scientifiche:**

Partecipazione quale **docente** a corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all'estero

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO CORSO	DEL	PERIODO (giorno/mese/anno dal/al )	LUOGO SVOLGIMENTO	DI	ECM

Partecipazione quale **relatore** a corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all'estero:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO CORSO	DEL	PERIODO (giorno/mese/anno dal/al )	LUOGO SVOLGIMENTO	DI	ECM

(aumentare le righe se insufficienti)

**- di essere Autore dei seguenti lavori scientifici** – riferiti all'ultimo decennio – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, rivista/pubblicazione, anno pubblicazione, da allegare in originale o in copia conforme)

1. ....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. ....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
3. ....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**- di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori – editi a stampa** (indicare: titolo lavoro, /pubblicazione, anno pubblicazione)

1. ....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. ....  
.....  
.....  
.....  
.....

**- di aver svolto le seguenti ulteriori attività**

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

**- allega al presente curriculum, (in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge):**

- a) dichiarazione del Direttore Sanitario riguardante la tipologia della Azienda/Ente....., in cui è allocata la Struttura ..... presso la quale il sottoscritto svolge/ha svolto la propria attività e la tipologia delle prestazioni che vengono erogate da tale struttura in cui il sottoscritto svolge/ha svolto la propria attività.
- b) certificazione del Direttore Sanitario dell'Azienda/Ente....., rilasciata sulla base dell'attestazione del Direttore del Dipartimento/Direttore della Struttura Complessa ..... riguardante la tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal sottoscritto



Il/La sottoscritto/a dichiara, infine, 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/a che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

Li \_\_\_\_\_

FIRMA

---

[www.AlboPreTORonline.it](http://www.AlboPreTORonline.it)