

SI INVITA A SCRIVERE ALL'ESTERNO DELLA BUSTA :

“DOMANDA PARTECIPAZIONE Selezione Dirigente Medico Ortopedia per attività ortopedia pediatrica”

AL DIRETTORE GENERALE ESTAR

c/o Area Vasta Centro

Via di San Salvi, 12 – Palazzina 14

50135 - Firenze

estar.concorsi.centro@postacert.toscana.it

Il sottoscritto COGNOME..... NOME.....
Nato a il
Codice fiscale
Residente in Via/Piazza n
Località Prov. CAP
Recapiti telefonici
E mail PEC.....

Domicilio presso il quale inviare ogni comunicazione (*indicare unicamente se diverso dalla residenza*):

Via / Piazza n.....
Località Prov. CAP
Recapiti telefonici.....

Preso visione del bando emesso da ESTAR con deliberazione del Direttore Generale n. 343 del 16.09.2015

CHIEDE

Di essere ammesso a partecipare alla Selezione pubblica, per titoli ed eventuale colloquio tecnico-professionale, per la copertura di n.1 posto a tempo determinato nel profilo di Dirigente Medico disciplina Ortopedia e Traumatologia per l'attività di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica dell'AOU MEYER

- di essere in possesso della seguente cittadinanza (1).....
- OPPURE di essere in una delle condizioni di cui al punto 1) del Paragrafo “Requisiti di ammissione” e precisamente (2).....-
- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune (o Stato Estero) di
ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorale per il seguente motivo (3).....,
- di avere /non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (4)
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:
Laurea inconseguita presso in data
..... (Per il titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del Decreto Ministeriale di riconoscimento)
- di essere in possesso della specializzazione in conseguita presso
l'Università diil (anno accademico di immatricolazione;

durata del corso di studio e più precisamente (barrare la casella che interessa) (Per la specializzazione conseguita all'estero indicare gli estremi del Decreto Ministeriale di riconoscimento):

periodo per il conseguimento della specializzazione da valutare ai sensi del D.Lgs. 257/91 anni _____;

periodo per il conseguimento della specializzazione da valutare ai sensi del D.Lgs. 368/99 anni _____;

di non aver conseguito la specializzazione ai sensi del D.Lgs. 257/91 o del D.Lgs. 368/99;

- di essere iscritto/a al n. dell'Albo dell'Ordine dei medici - chirurghi della Provincia didal(in caso di iscrizione in Albo di Paese dell'Unione Europea, indicare quale)
- di avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica amministrazione;
- di aver effettuato il servizio militare di leva oppure servizio civile dal al, con mansioni di, ovvero di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di leva
- di avere necessità del seguente ausilio per lo svolgimento del colloquio (5).....e dei seguenti tempi aggiuntivi
- indicare il numero dei figli
- di essere in possesso dei seguenti titoli che conferiscono diritto a preferenza a parità di punteggio, ai sensi del D.P.R. 487/1994, art. 5 e successive modificazioni ed integrazioni.....;
- di indicare, le graduatorie di Area Vasta in cui essere inserito, ai fini dell'assunzione (6):

* Area Vasta Centro si no

** Area Vasta Nordovest si no

*** Area Vasta Sudest si no

* Area Vasta Centro: AUSL 3 Pistoia, AUSL 4 Prato, AUSL 11 Empoli, AUSL 10 Firenze, AOU Careggi Firenze, AOU Meyer Firenze, ISPO Firenze.

** Area Vasta Nord Ovest: AUSL 1 Massa Carrara, AUSL 2 Lucca, AUSL 5 Pisa, AUSL 6 Livorno, AUSL 12 Versilia, AOU Pisana.

*** Area Vasta Sud Est: AUSL 7 Siena, AUSL 8 Arezzo, AUSL 9 Grosseto, AOU Senese

- di aver preso visione e di accettare incondizionatamente tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando e più in particolare circa le modalità di comunicazione dell'Ente, compreso la chiamata telefonica con registrazione e sms. Allo scopo il candidato viene informato che in caso di mancato consenso alla registrazione della conversazione telefonica relativa alla chiamata concorsuale, decadrà dal diritto ad essere prescelto;
- di accettare incondizionatamente, in caso di assunzione, la sede di servizio in quel momento disponibile, nell'ambito delle graduatorie di Area Vasta prescelte;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate dal D.P.R. 445/2000, e all'art. 496 del C.P., oltre alla decadenza dai benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere;

-
- che le dichiarazioni rese sono documentabili
 - di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e alla trasmissione degli stessi anche alle Aziende Sanitarie interessate alla procedura.
 - Di essere informato che il Gruppo tecnico di valutazione pubblicherà la convocazione all'eventuale colloquio sul sito di ESTAR, nella pagina relativa alla selezione, almeno 10 giorni prima dello svolgimento del colloquio stesso, senza invio di comunicazione al domicilio;
 - Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato nella domanda.

Allega:

- curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- elenco datato e firmato di eventuali documenti e titoli presentati, numerati progressivamente in relazione al corrispondente titolo.
- **Fotocopia fronte retro di valido documento di identità** (vedere paragrafo “modalità generali per il rilascio di dichiarazioni sostitutive”).

Data _____ Firma..... (7)

Note per la compilazione della domanda

- 1) Specificare se italiana o di quale altro Stato membro dell'Unione Europea.
- 2) non avere la cittadinanza di uno stato membro dell'U.E. ma di essere familiare in possesso di diritto soggiorno o di diritto soggiorno permanente, di cittadino di uno stato membro dell'U.E.; di essere cittadino di Paesi Terzi con permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo; di essere titolare dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria.
- 3) In caso di non iscrizione o di cancellazione dalle liste, indicarne i motivi.
- 4) La dichiarazione va resa anche in caso negativo; in caso affermativo specificare le condanne riportate.
- 5) Indicare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap, per sostenere il colloquio, cui ha diritto ai sensi dell'art.20 della Legge 5.2.92, n.104 ed allegare documentazione sanitaria probante
- 6) Il candidato che non indica alcuna preferenza di Area verrà inserito in tutte e tre le graduatorie di Area Vasta
- 7) La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata.

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')

Il sottoscritto
codice fiscale
nato a il
residente in Via/Piazza n
Località Prov. CAP
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai
sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 e sotto la propria
personale responsabilità

DICHIARA

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Titoli di studio:

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso
voto in data
Per i titoli conseguiti all'Estero: Decreto di riconoscimento n.rilasciato dal
Ministeroil

Specializzazione in conseguita presso
voto in data
Per i titoli conseguiti all'Estero: Decreto di riconoscimento n.rilasciato dal
Ministeroil

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario)
conseguito presso
in data

Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici n. di dal
ovvero indicare il Paese Europeo di iscrizione

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione):
Tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato):
Dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa)
Profilo professionale (indicare esatta denominazione, disciplina e tipologia del rapporto in caso di co co
e/o prestazione d'opera):
A tempo indeterminato / a tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)
A tempo pieno / a tempo parziale (indicare n. ore settimanali o percentuale):
Ricorrono / non ricorrono (cancellare l'ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le
condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma DPR 761/1979
Indicare i periodi di interruzione del servizio per aspettativa/congedo o altre assenze non retribuite:
Dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa)
Motivazione dell'assenza

Pubblicazioni /abstract / poster / altro presentate (indicare se originale,copia conforme o altro):

Titolo:
Autori
Rivista scientifica / altro

Originale/copia conforme/file PDF (cancellare le ipotesi che non interessano)

Attività di docenza svolte:

Titolo del Corso
Ente Organizzatore
Data/e di svolgimento..... Ore docenza n.
Materia di insegnamento:.....

Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, etc:

Titolo del Corso
Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento.....
Data/e di svolgimento..... Ore complessive n.
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti):

Altre attività svolte (utilizzare questo spazio per dichiarare, ad esempio, borse di studio, assegni di ricerca, tirocini volontari ed attività similari, seguendo lo schema utilizzato per le esperienze lavorative e/o professionali):

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

(Solo per i cittadini di Stati membri della Unione Europea) Dichiarazione relativa al godimento dei diritti civili e politici negli stati di appartenenza o provenienza, al possesso di tutti i requisiti previsti per i cittadini italiani, ad eccezione della cittadinanza italiana, nonché di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana:

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

Il sottoscritto dichiara inoltre che le fotocopie eventualmente allegate sono conformi agli originali in suo possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nel presente curriculum corrisponde al vero.

Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità.

Luogo e data

FIRMA

.....

SI INVITA A SCRIVERE ALL'ESTERNO DELLA BUSTA :

“DOMANDA PARTECIPAZIONE Selezione Dirigente Medico Ortopedia per attività ortopedia pediatrica”

AL DIRETTORE GENERALE ESTAR
c/o Area Vasta Centro
Via di San Salvi, 12 – Palazzina 14
50135 - Firenze
estar.concorsi.centro@postacert.toscana.it

Il sottoscritto COGNOME..... NOME.....
Nato a il
Codice fiscale
Residente in Via/Piazza n
Località Prov. CAP
Recapiti telefonici
E mail PEC.....

Domicilio presso il quale inviare ogni comunicazione (*indicare unicamente se diverso dalla residenza*):

Via / Piazza n.....
Località Prov. CAP
Recapiti telefonici.....

Presa visione del bando emesso da ESTAR con deliberazione del Direttore Generale n..... del.....

CHIEDE

Di essere ammesso a partecipare alla Selezione pubblica, per titoli ed eventuale colloquio tecnico-professionale, per la copertura di n.1 posto a tempo determinato nel profilo di Dirigente Medico disciplina Ortopedia e Traumatologia per l'attività di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica dell'AOU MEYER

• di essere in possesso della seguente cittadinanza (1).....
OPPURE di essere in una delle condizioni di cui al punto 1) del Paragrafo "Requisiti di ammissione" e precisamente (2).....-

- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune (o Stato Estero) di
ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorale per il seguente motivo (3).....,
- di avere /non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (4)

• di essere in possesso del seguente titolo di studio:
Laurea inconseguita presso in data
..... (Per il titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del Decreto Ministeriale di riconoscimento)

• di essere in possesso della specializzazione in conseguita presso l'Università diil (anno accademico di immatricolazione; durata del corso di studio) e più precisamente (barrare la casella che interessa) (Per la specializzazione conseguita all'estero indicare gli estremi del Decreto Ministeriale di riconoscimento):

periodo per il conseguimento della specializzazione da valutare ai sensi del D.Lgs. 257/91 anni _____;

periodo per il conseguimento della specializzazione da valutare ai sensi del D.Lgs. 368/99 anni _____;

di non aver conseguito la specializzazione ai sensi del D.Lgs. 257/91 o del D.Lgs 368/99;

- di essere iscritto/a al n. dell'Albo dell'Ordine dei medici - chirurghi della Provincia didal(in caso di iscrizione in Albo di Paese dell'Unione Europea, indicare quale)
- di avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica amministrazione;
- di aver effettuato il servizio militare di leva oppure servizio civile dal al, con mansioni di, ovvero di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di leva
- di avere necessità del seguente ausilio per lo svolgimento del colloquio (5).....e dei seguenti tempi aggiuntivi
- indicare il numero dei figli
- di essere in possesso dei seguenti titoli che conferiscono diritto a preferenza a parità di punteggio, ai sensi del D.P.R. 487/1994, art. 5 e successive modificazioni ed integrazioni.....;
- di indicare, le graduatorie di Area Vasta in cui essere inserito, ai fini dell'assunzione (6):

* Area Vasta Centro si no

** Area Vasta Nordovest si no

*** Area Vasta Sudest si no

* Area Vasta Centro: AUSL 3 Pistoia, AUSL 4 Prato, AUSL 11 Empoli, AUSL 10 Firenze, AOU Careggi Firenze, AOU Meyer Firenze, ISPO Firenze.

** Area Vasta Nord Ovest: AUSL 1 Massa Carrara, AUSL 2 Lucca, AUSL 5 Pisa, AUSL 6 Livorno, AUSL 12 Versilia, AOU Pisana.

*** Area Vasta Sud Est: AUSL 7 Siena, AUSL 8 Arezzo, AUSL 9 Grosseto, AOU Senese

- di aver preso visione e di accettare incondizionatamente tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando e più in particolare circa le modalità di comunicazione dell'Ente, compreso la chiamata telefonica con registrazione e sms. Allo scopo il candidato viene informato che in caso di mancato consenso alla registrazione della conversazione telefonica relativa alla chiamata concorsuale, decadrà dal diritto ad essere prescelto;
- di accettare incondizionatamente, in caso di assunzione, la sede di servizio in quel momento disponibile, nell'ambito delle graduatorie di Area Vasta prescelte;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate dal D.P.R. 445/2000, e all'art. 496 del C.P., oltre alla decadenza dai benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere;
- che le dichiarazioni rese sono documentabili
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e alla trasmissione degli stessi anche alle Aziende Sanitarie interessate alla procedura.
- Di essere informato che il Gruppo tecnico di valutazione pubblicherà la convocazione all'eventuale colloquio sul sito di ESTAR, nella pagina relativa alla selezione, almeno 10 giorni prima dello svolgimento del colloquio stesso, senza invio di comunicazione al domicilio;

-
- Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato nella domanda.

Allega:

- curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- elenco datato e firmato di eventuali documenti e titoli presentati, numerati progressivamente in relazione al corrispondente titolo.
- **Fotocopia fronte retro di valido documento di identità** (vedere paragrafo “modalità generali per il rilascio di dichiarazioni sostitutive”).

Data _____ Firma..... (7)

Note per la compilazione della domanda

- 8) Specificare se italiana o di quale altro Stato membro dell'Unione Europea.
- 9) non avere la cittadinanza di uno stato membro dell'U.E. ma di essere familiare in possesso di diritto soggiorno o di diritto soggiorno permanente, di cittadino di uno stato membro dell'U.E.; di essere cittadino di Paesi Terzi con permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo; di essere titolare dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria.
- 10) In caso di non iscrizione o di cancellazione dalle liste, indicarne i motivi.
- 11) La dichiarazione va resa anche in caso negativo; in caso affermativo specificare le condanne riportate.
- 12) Indicare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap, per sostenere il colloquio, cui ha diritto ai sensi dell'art.20 della Legge 5.2.92, n.104 ed allegare documentazione sanitaria probante
- 13) Il candidato che non indica alcuna preferenza di Area verrà inserito in tutte e tre le graduatorie di Area Vasta
- 14) La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata.

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')

Il sottoscritto
codice fiscale
nato a il
residente in Via/Piazza n
Località Prov. CAP
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai
sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 e sotto la propria
personale responsabilità

DICHIARA

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Titoli di studio:

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso
voto in data
Per i titoli conseguiti all'Estero: Decreto di riconoscimento n.rilasciato dal
Ministeroil

Specializzazione in conseguita presso
voto in data
Per i titoli conseguiti all'Estero: Decreto di riconoscimento n.rilasciato dal
Ministeroil

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario)
conseguito presso
in data

Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici n. di dal
ovvero indicare il Paese Europeo di iscrizione

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione):
Tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato):
Dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa)
Profilo professionale (indicare esatta denominazione, disciplina e tipologia del rapporto in caso di co co
e/o prestazione d'opera):
A tempo indeterminato / a tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)
A tempo pieno / a tempo parziale (indicare n. ore settimanali o percentuale):
Ricorrono / non ricorrono (cancellare l'ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le
condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma DPR 761/1979
Indicare i periodi di interruzione del servizio per aspettativa/congedo o altre assenze non retribuite:
Dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa)
Motivazione dell'assenza

Pubblicazioni /abstract / poster / altro presentate (indicare se originale,copia conforme o altro):

Titolo:
Autori
Rivista scientifica / altro

Originale/copia conforme/file PDF (cancellare le ipotesi che non interessano)

Attività di docenza svolte:

Titolo del Corso
Ente Organizzatore
Data/e di svolgimento..... Ore docenza n.
Materia di insegnamento:.....

Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, etc:

Titolo del Corso
Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento.....
Data/e di svolgimento..... Ore complessive n.
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti):

Altre attività svolte (utilizzare questo spazio per dichiarare, ad esempio, borse di studio, assegni di ricerca, tirocini volontari ed attività similari, seguendo lo schema utilizzato per le esperienze lavorative e/o professionali):

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

(Solo per i cittadini di Stati membri della Unione Europea) Dichiarazione relativa al godimento dei diritti civili e politici negli stati di appartenenza o provenienza, al possesso di tutti i requisiti previsti per i cittadini italiani, ad eccezione della cittadinanza italiana, nonché di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana:

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

Il sottoscritto dichiara inoltre che le fotocopie eventualmente allegate sono conformi agli originali in suo possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nel presente curriculum corrisponde al vero.

Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità.

Luogo e data

FIRMA

.....