

ALLEGATO N.1

Al Direttore Generale dell'Azienda
 Ospedaliera Complesso Ospedaliero
 San Giovanni Addolorata
 Via dell'Amba Aradam n.9 - 00184 Roma

Il sottoscritto COGNOME..... NOME.....
 nato a il
 codice fiscale
 residente in Prov. CAP
 Via/Piazza n
 Recapiti telefonici
 E mailPEC.....

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 dalla Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al concorso pubblico, in forma aggregata, per titoli ed esami, a n.30 posti nel ruolo sanitario, profilo professionale: Collaboratore Professionale Sanitario – Fisioterapista cat. D, ripartiti nel modo seguente:

- n.10 posti per l'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata, quale Azienda capofila;

- n.20 posti per l'ASL Roma I, quale Azienda aggregata, indetto con deliberazione n...../CS del..... e pubblicato sul BURL n..... del e sulla G.U. – quarta Serie Speciale – n..... del

A tal fine, consapevole delle pene previste dagli artt.75 e 76 del D.P.R. n.445/00 per mendaci dichiarazioni e falsità in atti ai sensi degli artt.46 e 47 del suddetto D.P.R., dichiara:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o della cittadinanza (1)
OPPURE di essere in una delle condizioni di cui all'art.1) "Requisiti generali di ammissione" del bando e precisamente (2).....;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune (o Stato Estero) di
OPPURE di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo (3).....;
- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
OPPURE (4).....;
- di non essere stato licenziato da pubbliche amministrazioni ovvero dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di non aver riportato condanne che comportino l'interdizione dai pubblici uffici in base a sentenza passata in giudicato;
- di aver effettuato il servizio militare di leva oppure servizio civile dal.....
 ovvero di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di leva
- di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione al concorso:
 - Diploma universitario / Laureaconseguito presso l'Universitàsita in Via, in data (per il titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del riconoscimento);
 - iscrizione all'Albo Professionale dial n.....(in caso di iscrizione in Albo/Collegio di Paese dell'Unione Europea, indicare quale
- di indicare quale Azienda di destinazione (**la preferenza espressa ha carattere meramente indicativo e non costituisce alcun vincolo per l'Azienda;**).....
- di avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni - in tal caso specificare in maniera dettagliata, indicando l'Azienda o Ente presso cui si è prestato servizio, la tipologia del

rapporto di lavoro (dipendente a tempo indeterminato / determinato – contratto libero professionale – collaborazione coordinata e continuativa ecc), l'esatto profilo professionale rivestito, le date iniziali e finali dei relativi periodi di attività, eventuali interruzioni (aspettativa senza retribuzione, sospensione cautelare, ecc). **OPPURE** di non avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni;

- 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.....;
- 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 Regolamento UE 2016/679 e alla trasmissione degli stessi anche alle Aziende Sanitarie interessate alla procedura;
- 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;
- di essere il titolare dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata dal quale è stata inviata la presente documentazione (**per coloro che inviano la domanda per PEC**);
- di avere adeguata conoscenza della lingua inglese oggetto di valutazione nell'ambito della prova orale.
- di aver provveduto al pagamento del contributo di € 10,00 (riportare estremi versamento);
- di avere necessità del seguente ausilio per lo svolgimento delle prove scritta/pratica/orale in relazione al proprio handicap.....e dei seguenti tempi aggiuntivi; (5)
- indicare il numero dei figli
- di aver preso visione e di accettare incondizionatamente tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, si incorre nelle sanzioni penali richiamate dal D.P.R. 445/2000, oltre alla decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere, e che l'Azienda provvederà alla trasmissione

degli atti alle competenti Autorità giudiziarie, ai collegi/ordini, alle Amministrazioni di appartenenza;

- di essere informato che la Commissione esaminatrice provvederà a pubblicare il calendario delle prove di esame sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica 4^a Serie speciale Concorsi ed esami, Sezione Diari e sul sito web aziendale www.hsangiovanni.roma.it – sezione Concorsi e Avvisi, almeno 15 giorni prima dello svolgimento della prova scritta e almeno 20 giorni prima della prova pratica e della prova orale.

Allega:

- elenco datato e firmato di eventuali documenti e titoli presentati, numerati progressivamente in relazione al corrispondente titolo;
- curriculum formativo e professionale datato e firmato, redatto in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR n.445/2000;
- una fotocopia fronte retro di valido documento di identità;
- copia della ricevuta di versamento del contributo di partecipazione di **10 euro**.

Data _____

Firma..... (6)

Note per la compilazione della domanda

- 1) *Specificare di quale 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) *In caso affermativo specificare le condanne riportate.*
- 5) *Indicare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap, per sostenere la prova scritta/pratica/orale, cui ha diritto ai sensi dell'art.20 della Legge 5.2.92, n.104 ed allegare documentazione sanitaria probante*
- 6) *La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata.*

ALLEGATO N.2

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DEL CURRICOLO FORMATIVO E PROFESSIONALE

FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000
 (DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA')

Il sottoscritto COGNOME..... NOME.....
 nato a il
 codice fiscale
 residente in Prov..... CAP
 Via/Piazzan
 Recapiti telefonici
 E mailPEC.....

in relazione alla domanda di partecipazione al Concorso pubblico, in forma aggregata, per titoli ed esami, a n.30 posti nel ruolo sanitario, profilo professionale: Collaboratore Professionale Sanitario – Fisioterapista cat. D, ripartiti nel modo seguente:

- n.10 posti per l'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata, quale Azienda capofila;

- n.20 posti per l'ASL Roma I, quale Azienda aggregata, indetto con deliberazione n...../CS del..... e pubblicato sul BURL n..... del e sulla G.U. – quarta Serie Speciale – n..... del,consapevole che, ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000 e s.m.i., in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ed accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio eventualmente conseguente al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera

DICHIARA

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Titoli di studio:

Laurea inconseguita
 presso
 voto in data
 Per i titoli conseguiti all'Estero: Riconoscimento n.rilasciato da.....
il

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

Iscrizione all'Alboal n.....
 ovvero indicare il Paese Europeo di iscrizione

Esperienze lavorative e/o professionali:

- Azienda / Ente (indicare esatta denominazione).....
- dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa)
- profilo professionale (indicare esatta denominazione:
- tipologia del rapporto di lavoro.....(subordinato tempo
 indeterminato / subordinato a tempo determinato / di collaborazione coordinata e continuativa/
 ecc)
- a tempo pieno / a tempo parziale:
- 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:.....
- data
- 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.....