

ALLEGATO A) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AI COMMISSARIO STRAORDINARIO
Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata"
PEC concorsi@ptvonline.postecert.it
viale Oxford, 81 – 00133 ROMA

Il/La sottoscritto/a, COGNOME _____ NOME _____

PRESA VISIONE

dell'Avviso pubblico, per titoli ed eventuale colloquio, di mobilità volontaria nazionale tra Aziende/Enti del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i., indetto dalla Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata" con delibera n. ____/CS del _____ pubblicato sul B.U.R.L. n. ____ del _____ e, per estratto, sulla G.U. 4ª S.S. *Concorsi ed Esami* n. ____ del _____

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO ALLA PROCEDURA DI MOBILITÀ PER

N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA DI ONCOLOGIA

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ'

(barrare/compilare le voci che interessano)

- di essere nato/a a _____ (____) il _____
- di essere residente nel comune di _____ (____)
Via _____ n. _____ CAP _____
Tel. _____ email _____ @ _____
PEC _____ @ _____
- codice fiscale _____
- ☐ di essere cittadino/a _____
- ☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di _____ (____)
ovvero ☐ di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare motivi della non iscrizione) _____
- ☐ di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti
ovvero ☐ di avere riportato condanne penali e di avere procedimenti penali pendenti (indicare eventuali condanne penali e/o procedimenti pendenti) _____
- di essere iscritto all'Ordine/Albo _____ n° pos _____
provincia di _____ data iscrizione _____
- ☐ di essere dipendente con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato della seguente Azienda/Ente _____
Sede legale _____
a far data dal _____
inquadrato nel profilo di _____
assegnato al/alla seguente servizio/struttura operativa _____
- ☐ di essere in possesso di comprovata esperienza professionale in: _____

richiesta quale requisito specifico di partecipazione all'avviso di mobilità (risultante da casistica operatoria/certificazione specifica/altra documentazione)

- ☐ di aver superato il periodo di prova
- ☐ di non avere subito, nel biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso, sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura scritta e di non avere procedimenti disciplinari in corso
- ☐ di essere in possesso della idoneità fisica all'esercizio delle mansioni connesse alle funzioni di appartenenza **ovvero** ☐ di avere le seguenti limitazioni/prescrizioni all'esercizio delle mansioni (riportate nell'**Allegato B**)
- ☐ di non aver superato il periodo di comporta/di non avere cause ostative al mantenimento del rapporto di pubblico impiego
- ☐ di accettare incondizionatamente l'assunzione a tempo pieno senza esclusione di alcun profilo orario e di impegnarsi, qualora risultasse vincitore dell'avviso di mobilità, a non chiedere il trasferimento presso altra Azienda per un periodo di 5 anni a decorrere dalla data di effettiva immissione in servizio
- ☐ di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali
- ☐ di prendere atto che per ogni necessaria comunicazione sarà impiegato il recapito PEC utilizzato dal/la sottoscritto/a per l'invio della presente domanda
- ☐ di accettare, senza riserva, tutte le prescrizioni e precisazioni contenute nel bando di selezione e tutte le norme in esso richiamate

Il/La sottoscritto/a accetta le condizioni fissate dal bando nonché quelle che disciplinano e disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale dipendente da pubbliche amministrazioni e, nello specifico, della Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata".

Il/La sottoscritto/a **allega obbligatoriamente** alla presente domanda la sotto elencata documentazione, compilata, datata e firmata:

- **Allegato B - Foglio Informativo procedura di mobilità**
- **Allegato C - Curriculum formativo e professionale**
- **copia di un documento di identità valido**

Il/La sottoscritto/a **allega inoltre** alla presente domanda n. _____ pubblicazioni

☐ in originale ☐ in copia autenticata ☐ in copia conforme (allega dichiarazione all. C)

Data _____

In fede _____

ALLEGATO B) FOGLIO INFORMATIVO PROCEDURA DI MOBILITÀ

(dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a, COGNOME _____ **NOME** _____

in relazione alla domanda di partecipazione all'Avviso pubblico, per titoli ed eventuale colloquio, di mobilità volontaria nazionale tra Aziende/Enti del SSN, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i., per n. 1 posto di Dirigente Medico – disciplina di Oncologia

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. dichiara sotto la propria responsabilità

il seguente STATO GIURIDICO, riferito all'attuale rapporto di lavoro

(barrare/compilare le voci che interessano)

RAPPORTO DI DIPENDENZA SI ☐ NO ☐

TEMPO INDETERMINATO SI ☐ NO ☐

Decorrenza TI: ____/____/____ - periodo di prova superato: SI ☐ NO ☐

Profilo/qualifica: _____

Disciplina: _____

Azienda/Ente di appartenenza: _____

Sede legale Az/Ente appartenenza: _____

U.O./Servizio di assegnazione: _____

Regime di impegno (ove previsto): ESCLUSIVO ☐ NON ESCLUSIVO ☐

Orario di servizio: ☐ T. Pieno ☐ Part Time al ____% tipo PT: ☐ orizzontale ☐ verticale ☐ misto

Titolare di incarico: ☐ SI ☐ NO n° incarichi: _____

Denominazione incarico 1: _____

decorrenza incarico 1: dal ____/____/____ al ____/____/____

Denominazione incarico 2: _____

decorrenza incarico 2: dal ____/____/____ al ____/____/____

Denominazione incarico 3: _____

decorrenza incarico 3: dal ____/____/____ al ____/____/____

Attualmente in distacco SI ☐ NO ☐

Attualmente in aspettativa SI ☐ NO ☐ - tipologia: _____

Attualmente in comando SI ☐ NO ☐

se SI, specifica decorrenza: ____/____/____ - ____/____/____ e se anzianità decorre ☐ non decorre ☐

giorni di assenza ultimo triennio: _____ di cui n. ____ per malattia n. ____ per infortunio n. ____ altro*

*specificare" altro _____

Limitazioni/prescrizioni: SI ☐ NO ☐

Invalità civile: SI ☐ NO ☐

Fruizione di diritti ex lege 104: SI ☐ NO ☐ ☐ beneficiario ☐ per congiunti

Genitore figli minori anni 3: SI ☐ NO ☐ ☐ n° _____

Sanzioni disciplinari nel biennio antecedente la data di pubblicazione del presente avviso: SI ☐ NO ☐

Sanzioni disciplinari antecedenti l'ultimo biennio: SI ☐ NO ☐

se SI, specifica sanzione: _____

Valutazioni negative a seguito di verifica dei risultati e/o attività SI ☐ NO ☐

TRATTAMENTO ECONOMICO IN GODIMENTO (profili della DIRIGENZA SSN)

VOCI (compilare voci che interessano)	IMPORTO MENSILE
Stipendio base	
Indennità specificità medica	
Indennità rapporto esclusivo	
Altro:	

Data, _____

In fede _____
(il dichiarante)

ATTENZIONE: Qualora la domanda di partecipazione risulti sprovvista del presente allegato ovvero la dichiarazione risulti carente di elementi sostanziali si procederà all'esclusione del candidato dalla procedura di mobilità.

ALLEGATO C) CURRICULUM FORMATIVO-PROFESSIONALE

(dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a, COGNOME _____ NOME _____

in relazione alla domanda di partecipazione all'Avviso pubblico, per titoli ed eventuale colloquio, di mobilità volontaria nazionale tra Aziende/Enti del SSN, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i., per n. 1 posto di Dirigente Medico – disciplina di Oncologia

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.

dichiara sotto la propria responsabilità il seguente

CURRICULUM FORMATIVO-PROFESSIONALE

(barrare/compilare le voci che interessano)

1. TITOLI DI STUDIO/ACCADEMICI

☐ Laurea Spec./Mag. ☐ Diploma di Laurea ☐ Laurea ☐ Diploma SS II° grado Durata/anni: _____

in _____

conseguita in data _____ con voto ____/____

presso _____

sede legale _____

☐ se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza _____ rilasciato in data _____ da _____

☐ Laurea Spec./Mag. ☐ Diploma di Laurea ☐ Laurea ☐ Diploma SS II° grado Durata/anni: _____

in _____

conseguita in data _____ con voto ____/____

presso _____

sede legale _____

☐ se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza _____ rilasciato in data _____ da _____

☐ Diploma di Specializzazione ☐ Dottorato di ricerca ☐ Master I° liv. ☐ Master II° liv. Durata/anni: _____

in _____

conseguita in data _____ con voto ____/____

presso _____

sede legale _____

☐ se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza _____ rilasciato in data _____ da _____

☐ Diploma di Specializzazione ☐ Dottorato di ricerca ☐ Master I° liv. ☐ Master II° liv. Durata/anni: _____

in _____

conseguita in data _____ con voto ____/____

presso _____

sede legale _____

☐ se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza _____ rilasciato in data _____ da _____

2. ISCRIZIONE ALBO/ORDINE

TIPOLOGIA ALBO/ORDINE _____

PROVINCIA DI _____ N° _____

DATA ISCRIZIONE _____

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema

3. ESPERIENZE DI SERVIZIO (apporte n° progressivo per ciascun titolo)

n. _____

Azienda/Ente _____

Sede legale _____

Tipo Azienda/Ente

☐ Azienda/Ente del S.S.N.

☐ Azienda/Ente convenzionato con il SSN

☐ altra P.A.

☐ Azienda/Ente privato

Profilo/qualifica inquadramento _____

disciplina inquadramento _____

Struttura di afferenza _____

Decorrenza rapporto: dal _____ al _____

Tipo contratto

☐ Dirigenza S.S.N.

☐ Comparto SSN

☐ tempo indeterminato

☐ tempo determinato

☐ tempo pieno n. _____ ore sett.

☐ part-time al _____ %: n. _____ ore sett.

☐ Med. Spec. conv. (ACN)*

☐ libero professionale*

☐ co.co.co.*

*Indicare Ore settimanali _____

Qualora ricorrano interruzioni per aspettativa/congedo o altre assenze n.r. specificare:

Periodo dal _____ al _____ - motivazione assenza _____

Periodo dal _____ al _____ - motivazione assenza _____

Se servizio prestato presso Aziende/Enti SSN specificare se:

☐ RICORRONO

☐ NON RICORRONO

le condizioni di cui all'art. 46 DPR 761/79, ultimo comma "mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore a 5 anni".

n. _____

Azienda/Ente _____

Sede legale _____

Tipo Azienda/Ente

☐ Azienda/Ente del S.S.N.

☐ Azienda/Ente convenzionato con il SSN

☐ altra P.A.

☐ Azienda/Ente privato

Profilo/qualifica inquadramento _____

disciplina inquadramento _____

Struttura di afferenza _____

Decorrenza rapporto: dal _____ al _____

Tipo contratto

☐ Dirigenza S.S.N.

☐ Comparto SSN

☐ tempo indeterminato

☐ tempo determinato

☐ tempo pieno n. _____ ore sett.

☐ part-time al _____ %: n. _____ ore sett.

☐ Med. Spec. conv. (ACN)*

☐ libero professionale*

☐ co.co.co.*

*Indicare Ore settimanali _____

Qualora ricorrano interruzioni per aspettativa/congedo o altre assenze n.r. specificare:

Periodo dal _____ al _____ - motivazione assenza _____

Periodo dal _____ al _____ - motivazione assenza _____

Se servizio prestato presso Aziende/Enti SSN specificare se:

☐ RICORRONO

☐ NON RICORRONO

le condizioni di cui all'art. 46 DPR 761/79, ultimo comma "mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore a 5 anni".

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema

4. ESPERIENZE FORMATIVE (apportare n° progressivo per ciascun titolo)

➤ PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO

n. _____ TIPO: ☐ aggiornamento ☐ convegno ☐ congresso ☐ seminario ☐ altro _____
 Titolo: _____
 Ente: _____
 sede: _____
 decorrenza: il/dal _____ al _____
 in qualità di: ☐ uditore ☐ relatore ☐ senza esame ☐ con esame (voto) _____ ☐ no ECM ☐ sì ECM. n° _____

n. _____ TIPO: ☐ aggiornamento ☐ convegno ☐ congresso ☐ seminario ☐ altro _____
 Titolo: _____
 Ente: _____
 sede: _____
 decorrenza: il/dal _____ al _____
 in qualità di: ☐ uditore ☐ relatore ☐ senza esame ☐ con esame (voto) _____ ☐ no ECM ☐ sì ECM. n° _____

n. _____ TIPO: ☐ aggiornamento ☐ convegno ☐ congresso ☐ seminario ☐ altro _____
 Titolo: _____
 Ente: _____
 sede: _____
 decorrenza: il/dal _____ al _____
 in qualità di: ☐ uditore ☐ relatore ☐ senza esame ☐ con esame (voto) _____ ☐ no ECM ☐ sì ECM. n° _____

n. _____ TIPO: ☐ aggiornamento ☐ convegno ☐ congresso ☐ seminario ☐ altro _____
 Titolo: _____
 Ente: _____
 sede: _____
 decorrenza: il/dal _____ al _____
 in qualità di: ☐ uditore ☐ relatore ☐ senza esame ☐ con esame (voto) _____ ☐ no ECM ☐ sì ECM. n° _____

n. _____ TIPO: ☐ aggiornamento ☐ convegno ☐ congresso ☐ seminario ☐ altro _____
 Titolo: _____
 Ente: _____
 sede: _____
 decorrenza: il/dal _____ al _____
 in qualità di: ☐ uditore ☐ relatore ☐ senza esame ☐ con esame (voto) _____ ☐ no ECM ☐ sì ECM. n° _____

n. _____ TIPO: ☐ aggiornamento ☐ convegno ☐ congresso ☐ seminario ☐ altro _____
 Titolo: _____
 Ente: _____
 sede: _____
 decorrenza: il/dal _____ al _____
 in qualità di: ☐ uditore ☐ relatore ☐ senza esame ☐ con esame (voto) _____ ☐ no ECM ☐ sì ECM. n° _____

n. _____ TIPO: ☐ aggiornamento ☐ convegno ☐ congresso ☐ seminario ☐ altro _____
 Titolo: _____
 Ente: _____
 sede: _____
 decorrenza: il/dal _____ al _____
 in qualità di: ☐ uditore ☐ relatore ☐ senza esame ☐ con esame (voto) _____ ☐ no ECM ☐ sì ECM. n° _____

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema

➤ **ATTIVITÀ DI DOCENZA/ALTRE ATTIVITÀ**

n. _____ ☐ DOCENZA ☐ ALTRA ATTIVITÀ

ATTIVITÀ SVOLTA: _____

Tipo Azienda: ☐ Università ☐ Scuola sec. di II° grado ☐ Azienda/Ente S.S.N. ☐ Altra P.A. ☐ privato

Corso: _____

Materia: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____ ☐ n. _____ ore annuali

tipo contratto: ☐ TI ☐ TD ☐ COCOCO ☐ LIBERO PROF.LE ☐ ALTRO _____

n. _____ ☐ DOCENZA ☐ ALTRA ATTIVITÀ

ATTIVITÀ SVOLTA: _____

Tipo Azienda: ☐ Università ☐ Scuola sec. di II° grado ☐ Azienda/Ente S.S.N. ☐ Altra P.A. ☐ privato

Corso: _____

Materia: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____ ☐ n. _____ ore annuali

tipo contratto: ☐ TI ☐ TD ☐ COCOCO ☐ LIBERO PROF.LE ☐ ALTRO _____

n. _____ ☐ DOCENZA ☐ ALTRA ATTIVITÀ

ATTIVITÀ SVOLTA: _____

Tipo Azienda: ☐ Università ☐ Scuola sec. di II° grado ☐ Azienda/Ente S.S.N. ☐ Altra P.A. ☐ privato

Corso: _____

Materia: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____ ☐ n. _____ ore annuali

tipo contratto: ☐ TI ☐ TD ☐ COCOCO ☐ LIBERO PROF.LE ☐ ALTRO _____

n. _____ ☐ DOCENZA ☐ ALTRA ATTIVITÀ

ATTIVITÀ SVOLTA: _____

Tipo Azienda: ☐ Università ☐ Scuola sec. di II° grado ☐ Azienda/Ente S.S.N. ☐ Altra P.A. ☐ privato

Corso: _____

Materia: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____ ☐ n. _____ ore annuali

tipo contratto: ☐ TI ☐ TD ☐ COCOCO ☐ LIBERO PROF.LE ☐ ALTRO _____

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema

5. PUBBLICAZIONI (apporte n° progressivo per ciascuna pubblicazione e riportarlo sulla copia cartacea)

➤ Totale PUBBLICAZIONI: _____

n. _____ ☐ AUTORE ☐ COAUTORE

TITOLO: _____

in lingua: _____ n. pagine _____ - da pag. _____ a pag. _____

data: _____

tipo: ☐ monografia ☐ articolo ☐ abstract ☐ poster ☐ altro

pubblicata su: ☐ rivista scientifica _____

☐ atti Congresso _____

☐ altro _____

allegata alla presente in: ☐ ORIGINALE ☐ copia AUTENTICATA ☐ copia CONFORME

n. _____ ☐ AUTORE ☐ COAUTORE

TITOLO: _____

in lingua: _____ n. pagine _____ - da pag. _____ a pag. _____

data: _____

tipo: ☐ monografia ☐ articolo ☐ abstract ☐ poster ☐ altro

pubblicata su: ☐ rivista scientifica _____

☐ atti Congresso _____

☐ altro _____

allegata alla presente in: ☐ ORIGINALE ☐ copia AUTENTICATA ☐ copia CONFORME

n. _____ ☐ AUTORE ☐ COAUTORE

TITOLO: _____

in lingua: _____ n. pagine _____ - da pag. _____ a pag. _____

data: _____

tipo: ☐ monografia ☐ articolo ☐ abstract ☐ poster ☐ altro

pubblicata su: ☐ rivista scientifica _____

☐ atti Congresso _____

☐ altro _____

allegata alla presente in: ☐ ORIGINALE ☐ copia AUTENTICATA ☐ copia CONFORME

n. _____ ☐ AUTORE ☐ COAUTORE

TITOLO: _____

in lingua: _____ n. pagine _____ - da pag. _____ a pag. _____

data: _____

tipo: ☐ monografia ☐ articolo ☐ abstract ☐ poster ☐ altro

pubblicata su: ☐ rivista scientifica _____

☐ atti Congresso _____

☐ altro _____

allegata alla presente in: ☐ ORIGINALE ☐ copia AUTENTICATA ☐ copia CONFORME

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema

6. DICHIARAZIONE DI POSSESSO DELL'ESPERIENZA SPECIFICA

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere in possesso, quale requisito di partecipazione all'avviso di mobilità, di comprovata esperienza professionale in: _____

e, in merito, DICHIARA:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

e, in merito, ALLEGA:

☐ CASISTICA OPERATORIA

☐ CERTIFICAZIONE SPECIFICA

☐ altra DOCUMENTAZIONE: _____

specificare altra documentazione

7. Spazio riservato ad eventuali ulteriori dichiarazioni pertinenti al profilo a selezione, non ricomprese nelle precedenti voci, che il candidato ritenga utile dichiarare ai fini della valutazione

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

Il sottoscritto DICHIARA

che quanto riportato nel presente Curriculum formativo e professionale, formulato come dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, corrisponde al vero e che le copie ad esso allegare sono conformi agli originali in suo possesso e di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente dichiarazione e dei documenti ad essa allegati, incorrerà nelle sanzioni penali di cui al D.P.R. n. 445/00 e nella decadenza dai benefici conseguiti in base alle dichiarazioni non veritiere nonché che l'Azienda provvederà alla trasmissione dei relativi atti alle autorità giudiziarie competenti, ai Collegi/Ordini ed alle eventuali amministrazioni di appartenenza.

Luogo e data _____

Firma _____

note per la compilazione del curriculum formativo e professionale

- I titoli di studio conseguiti all'estero devono essere stati sottoposti ad una procedura di equivalenza/riconoscimento da parte del MIUR/Dipartimento della Funzione Pubblica/autorità accademiche.
- La documentazione inerente alla fruizione dei diritti di cui alla legge n. 104/92 deve essere allegata dai candidati, a comprova dell'effettivo possesso del titolo di precedenza.
- L'esperienza professionale specifica, ove richiesta quale requisito di partecipazione all'avviso di mobilità, deve essere adeguatamente dichiarata, allegando la relativa documentazione.

ATTENZIONE: Qualora la domanda di partecipazione risulti sprovvista del presente allegato ovvero la dichiarazione risulti carente di elementi sostanziali si procederà all'esclusione del candidato dalla procedura di mobilità.

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta, seguendone obbligatoriamente lo schema.