ALLEGATO A)

DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO DI SELEZIONE COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO INDIVIDUALE DI COLLABORAZIONE AD ALTO CONTENUTO SPECIALISTICO A SUPPORTO DELLE STRATEGIE DI SVILUPPO E INTERNAZIONALIZZAZIONE DELLA RICERCA CLINICA E TRASLAZIONALE

Al Direttore Generale
dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
PAPA GIOVANNI XXIII
Piazza OMS 1 - 24127 BERGAMO (BG)

Io sottoscritto/a ….....

nato/a a …….....……... il .....….....

residente a ..... in via ..... n. …….

cap. .....

chiedo di essere ammesso/a all'avviso di pubblica selezione, per titoli, per il conferimento di n. 1 incarico individuale di collaborazione ad alto contenuto specialistico a supporto delle strategie di sviluppo e internazionalizzazione della ricerca clinica e traslazionale:

(deliberazione n. 1941 del 20.11.2026).

A tal fine, valendomi della facoltà concessa dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 ed a conoscenza che:

- in caso di dichiarazioni mendaci saranno applicate nei miei confronti le pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000);
- in caso di dichiarazioni non veritiere, è prevista la decadenza dal beneficio eventualmente conseguito (art. 75 D.P.R. 445/2000);

DICHIARO

(barrare le voci che interessano)

1. di essere nato/a a _____ il _____
   (comune di nascita e provincia, ovvero Stato estero)
2. di essere residente in _____
3. ❑ di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di _____
   (Residenza. Per i residenti all'estero: se nati in Italia, indicare il comune di nascita; se nati all'estero, precisare a quale titolo siano cittadini italiani)

   oppure

   ❑ di essere cittadino del seguente stato _____ _____e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
4. ❑ di possedere l'elettorato attivo e di risultare quindi iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di (1) _____

   oppure

   ❑ di non possedere l'elettorato attivo e di non risultare quindi iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____

5. ❑ di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso

   ovvero

   ❑ di aver riportato le seguenti condanne penali (2) _____

   _____

   oppure

   ❑ di avere i seguenti procedimenti penali in corso (2) _____

   _____

6. di essere in possesso del seguente titolo di studio (3) _____
   _____ conseguito il _____ presso
   _____

7. di essere in possesso dei seguenti titoli (3):
   - abilitazione _____ conseguita il _____ presso l'Università degli studi di _____
   - specializzazione in _____ conseguita il _____ presso l'Università degli studi di _____
     _____anni n._____
   - specializzazione in _____ conseguita il _____ presso l'Università degli studi di _____
     _____anni n._____

8. di essere iscritto all'albo _____Provincia
   _____ posizione n. _____ data iscrizione
   _____

9. di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari:
   _____
   _____
   (specificare, in caso di assolvimento degli obblighi di leva o di servizio sostitutivo civile, la data iniziale e finale, il luogo in cui è stato prestato il servizio, il relativo grado)

10. di prestare/avere prestato:
    - servizi presso Enti o Aziende Pubbliche del S.S.N., come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (all. A composto da n. ____fogli);
    - servizi presso altri Enti pubblici, IPAB sanitarie o strutture socio-sanitarie private accreditate, come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (All. B composto da n. ____fogli);
    - servizi presso Aziende private non accreditate con il S.S.N., come indicati nell'elenco allegato alla presente domanda (All. C composto da n. ____fogli);

11. di non essere stato dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione
    _____(4);

12. di essere idoneo alla mansione;

13. di accettare, in caso di conferimento dell'incarico, tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico inerente la collaborazione.;

14. di accettare incondizionatamente tutte le clausole e condizioni contenute nell'avviso di pubblica selezione;
15. che le copie dei documenti che ho prodotto per partecipare alla procedura sono conformi all'originale in mio possesso, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000 e che le notizie in essi contenute sono a tutt'oggi conformi al vero;
16. che tutti i fatti, stati e qualità personali che ho indicato nel curriculum vitae, presentato a corredo della domanda, corrispondono a verità e di accettare che lo stesso venga pubblicato sul sito internet aziendale ai sensi dell'art.15 del D.Lgs. n. 502/1992, e ai sensi dell'art. 6 delle linee di indirizzo regionale approvate con D.G.R.L. n. X/553 del 2.8.2013.

Allego, inoltre, un elenco in duplice copia dei documenti e dei titoli presentati e la fotocopia di un valido documento d'identità.

Chiedo che tutte le comunicazioni relative alla procedura siano recapitate al seguente indirizzo:

via _____n. _____c.a.p. _____

Città _____recapito telefonico: n. _____

cell. n._____PEC_____

e-mail _____

IL DICHIARANTE

…… ……*

(luogo e data) *(firma per esteso e leggibile)*

* *la firma non deve essere autenticata. <u>A pena di esclusione</u> dovrà essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento di identità non scaduto del dichiarante.*

ALLEGATO A:
(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)
ELENCO DEI SERVIZI PRESTATI PRESSO ENTI O AZIENDE PUBBLICHE DEL S.S.N.
(in caso di più servizi, fotocopiare più volte il presente allegato)

Io sottoscritto/a

_____

dichiaro di prestare / aver prestato i seguenti servizi:

1) presso _

indicare la denominazione e la sede del datore di lavoro - specificare la natura del datore di lavoro, ASL, A.O……..

dal ____/____/_____al ____/____/_____
nel profilo professionale _____
c/o Struttura Complessa di _____disciplina_____
con incarico di tipo _____
- ❑ a tempo pieno
- ❑ a part-time nella percentuale del _____/ n. ore settimanali _____
- ❑ definito (5)

a titolo di:
- ❑ dipendente a tempo indeterminato
- ❑ dipendente a tempo determinato
- ❑ medico specialista ambulatoriale per n. ore settimanali _____(ACN 29.7.2009)

Il servizio è terminato per:
- ❑ scadenza incarico
- ❑ recesso volontario
- ❑ recesso del datore di lavoro

Durante il servizio ho usufruito di un periodo di assenza non retribuita dal _____al _____per il seguente motivo _____(6)

2) presso _____

indicare la denominazione e la sede del datore di lavoro - specificare la natura del datore di lavoro, ASL, A.O……..

dal ____/____/_____al ____/____/_____
nel profilo professionale di _____
c/o Struttura Complessa di _____disciplina _____
con incarico di tipo _____
- ❑ a tempo pieno
- ❑ a part-time nella percentuale del _____/ n. ore settimanali _____
- ❑ definito (5)

a titolo di:
- ❑ dipendente a tempo indeterminato
- ❑ dipendente a tempo determinato
- ❑ medico specialista ambulatoriale per n. ore settimanali _____(ACN 29.7.2009)

Il servizio è terminato per:
- ❑ scadenza incarico
- ❑ recesso volontario
- ❑ recesso del datore di lavoro

Durante il servizio ho usufruito di un periodo di assenza non retribuita dal _____al _____per il seguente motivo _____(6)

IL DICHIARANTE

…… ……
(luogo e data) *(firma per esteso e leggibile)*

Foglio n. ___di ___

ALLEGATO B:
(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)
ELENCO DEI SERVIZI PRESTATI PRESSO altri Enti pubblici, IPAB sanitarie o strutture socio-sanitarie private accreditate
(in caso di più servizi, fotocopiare più volte il presente allegato)

Io sottoscritto/a _____dichiaro di prestare / aver prestato i seguenti servizi (per i servizi prestati all'estero allegare relativo provvedimento di riconoscimento):

1) presso _____
indicare la denominazione e la sede del datore di lavoro-specificare la natura del datore di lavoro: Ente pubblico, casa di cura convenzionata o accreditata,....etc.
dal ____/____/_____al ____/____/_____
nel profilo professionale di _____
c/o Struttura Complessa di _____disciplina _____
con incarico di tipo _____

- ❑ a tempo pieno
- ❑ a part-time nella percentuale del _____/ n. ore settimanali _____
- ❑ _____

a titolo di:

- ❑ dipendente a tempo indeterminato
- ❑ dipendente a tempo determinato
- ❑ medico specialista ambulatoriale per n. ore settimanali _____(ACN 29.7.2009)

Il servizio è terminato per:

- ❑ scadenza incarico
- ❑ recesso volontario
- ❑ recesso del datore di lavoro

Durante il servizio ho usufruito di un periodo di assenza non retribuita dal _____al _____per il seguente motivo _____(6)

3) presso _
_____
indicare la denominazione e la sede del datore di lavoro-specificare la natura del datore di lavoro: Ente pubblico, casa di cura convenzionata o accreditata,....etc.
dal ____/____/_____al ____/____/_____
nel profilo professionale di _____
c/o Struttura Complessa di _____disciplina _____
con incarico di tipo _____

- ❑ a tempo pieno
- ❑ a part-time nella percentuale del _____/ n. ore settimanali _____
- ❑ _____

a titolo di:

- ❑ dipendente a tempo indeterminato
- ❑ dipendente a tempo determinato
- ❑ medico specialista ambulatoriale per n. ore settimanali _____(ACN 29.7.2009)

Il servizio è terminato per:

- ❑ scadenza incarico
- ❑ recesso volontario
- ❑ recesso del datore di lavoro

Durante il servizio ho usufruito di un periodo di assenza non retribuita dal _____al _____per il seguente motivo _____(6)

IL DICHIARANTE

…… ……
(luogo e data) *(firma per esteso e leggibile)*

Foglio n. ___di ___

ALLEGATO C:
(costituisce parte integrante della domanda di partecipazione)
ELENCO DEI SERVIZI PRESTATI PRESSO AZIENDE PRIVATE NON ACCREDITATE CON IL S.S.N.
(in caso di più servizi, fotocopiare più volte il presente allegato)

Io sottoscritto/a _____dichiaro di prestare / aver prestato i seguenti servizi:

1) presso _

_____
(indicare la denominazione e la sede del datore di lavoro) - (specificare la natura del datore di lavoro)

dal ____/____/_____al ____/____/_____
nel profilo professionale di _____
disciplina _____
con incarico di tipo _____
- ❑ a tempo pieno
- ❑ a part-time nella percentuale del _____/ n. ore settimanali _____
- ❑ _____

a titolo di:
- ❑ dipendente a tempo indeterminato
- ❑ dipendente a tempo determinato
- ❑ medico specialista ambulatoriale per n. ore settimanali _____ (ACN 29.7.2009)

Il servizio è terminato per:
- ❑ scadenza incarico
- ❑ recesso volontario
- ❑ recesso del datore di lavoro

Durante il servizio ho usufruito di un periodo di assenza non retribuita dal _____ al _____per il seguente motivo _____(6)

2) presso _____
(indicare la denominazione e la sede del datore di lavoro.) (specificare la natura del datore di lavoro)

dal ____/____/_____al ____/____/_____
nel profilo professionale di _____
disciplina _____
- ❑ a tempo pieno
- ❑ a part-time nella percentuale del _____/ n. ore settimanali _____
- ❑ _____

a titolo di:
- ❑ dipendente a tempo indeterminato
- ❑ dipendente a tempo determinato
- ❑ medico specialista ambulatoriale per n. ore settimanali _____(ACN 29.7.2009)

Il servizio è terminato per:
- ❑ scadenza incarico
- ❑ recesso volontario
- ❑ recesso del datore di lavoro

Durante il servizio ho usufruito di un periodo di assenza non retribuita dal _____ al _____per il seguente motivo _____(6)

IL DICHIARANTE

…… ……
(luogo e data) *(firma per esteso e leggibile)*

Foglio n. ____di ____

(1) I candidati non cittadini italiani devono dichiarare di godere dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o di provenienza nonché la struttura amministrativa - Comune od altro organismo amministrativo - nelle cui liste elettorali sono iscritti, ovvero i motivi della mancata iscrizione o cancellazione dalle liste medesime.

(2) Indicare la data del provvedimento di condanna e l'autorità giudiziaria che lo ha emesso, nonché i procedimenti penali eventualmente pendenti.

(3) Indicare i titoli richiesti dall'avviso di pubblica selezione ed eventuali altri titoli. I candidati che hanno conseguito il titolo di studio all'Estero dovranno allegare il provvedimento di riconoscimento.

(4) In caso affermativo indicare le cause di cessazione del rapporto di pubblico impiego nonché la pubblica amministrazione che ha adottato il relativo provvedimento.

(5) Specificare se a tempo pieno o definito, se a rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e, in quest'ultimo caso, la percentuale.

(6) Indicare eventuali periodi di assenza non retribuita e il motivo dell'assenza.