**FAC-SIMILE DI DOMANDA DA TRASCRIVERE IN CARTA SEMPLICE**

PROCEDIMENTO N. 20160037477

 **AL SIG. DIRETTORE GENERALE**

FONDAZIONE I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN MATTEO

 VIALE GOLGI N. 19

 27100 PAVIA

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………..……………………………..

**CHIEDE** di poter partecipare al bando di riapertura termini del concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 posto nel profilo di:

## “COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE – CATEGORIA D”,

 da assegnarsi alla S.C. Sistemi informativi aziendali della Fondazione.

A tal fine **consapevole** degli artt. 75 “*Decadenza dai benefici*” e 76 “*Norme penali*” del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 nonché dell’art. 496 “False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri” per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445:

1. che il proprio cognome è ………………………………………………………………………………;
2. che il proprio nome è ……………………………………………………………………………………;
3. di essere nato il ………………………………………………………… ……………………………….:
4. di essere nato a ………………………………………………………… ……………………………….:
5. di essere residente a …………………………………………………………..… Prov. …… Cap ………
6. Via ………………………………………………………………………………………... n. ……………
7. Telefono …………………… cellulare …………….……… e-mail ……………….……………………
8. che il proprio codice fiscale è …………………………………………………………………………;
9. ❑ di essere in possesso della cittadinanza italiana;

*oppure*:

1. ❑ di essere cittadino/a di uno Stato membro dell’Unione Europea ………………………….………….;

*ovvero*:

❑ di essere familiare di cittadino di uno Stato membro dell’Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro dell’Unione Europea, ma titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente ………………………………………………………………………………..........................;

*ovvero:*

❑ di essere cittadino/a di Stato terzo all’Unione Europea: ………………………….……………….….;

*in possesso:*

❑ del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

*ovvero in possesso*:

❑ dello status di “rifugiato” o di “protezione sussidiaria”;

1. *per tutti i cittadini di Stato estero*:

❑ di possedere un’adeguata conoscenza della lingua italiana;

1. ❑ di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso;
2. ❑ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di ………………………………….… Prov. ……;

*ovvero*

❑ di non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi ………………………………………..;

*(per i cittadini di stato estero occorre dichiarare la situazione corrispondente all’ordinamento dello Stato di appartenenza) ……………………………………………………………………………………………………...........;*

1. ❑ di non avere riportato condanne penali;

*ovvero*

❑ di aver riportato le seguenti condanne penali ………………………..………….…………….……….;

1. ❑ di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari e di non aver procedimenti penali pendenti;

*ovvero*

❑ di essere stato sottoposto ai seguenti procedimenti disciplinari e/o di essere stato destinatario dei seguenti procedimenti penali ……………………………………………………………………………...;

1. ❑ di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso pubbliche amministrazioni;
2. di possedere il seguente titolo di studio richiesto per l’accesso al profilo: *(esatta denominazione)* …………………………………………………………………………….……… conseguito presso *(indicare in modo preciso l’Ente che l’ha rilasciato)………………………………..*……………………………… ………………….…………………………. in data *(giorno/mese/anno)* ………..…………………..………;
3. ❑ di aver prestato i seguenti servizi presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni: ………………………....*………………………………………………… …………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*(in caso di risoluzione del rapporto indicare i motivi)*

*ovvero:*

❑ di non aver prestato alcun servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

1. *(per i candidati di sesso maschile nati prima del 31/12/1985)* di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione: ❑ assolto ❑ riformato ❑ esonerato ❑ con servizio svolto dal ..../..../.... al ..../..../…. in qualità di *(indicare grado/qualifica)* …………………………………………………………...
2. ❑ di avere titolo alla riserva ai sensi della Legge 12/03/1999, n. 68, in quanto appartenente alle categorie protette in qualità di :
* disabile *(specificare disabilità e relativa percentuale)* ……….………………..………………………;
* altra categoria protetta (specificare ) ……………………………………………………………………;

*oppure:*

❑ di non avere diritto alla riserva ai sensi della Legge 12/03/1999, n. 68;

1. ❑ di avere diritto alla riserva ai sensi del D.Lgs. n. 66/2010 art.1014 in quanto volontario delle FF. AA, (*(specificare*)………………………………………………………………………………………………

*oppure*

❑ di non avere diritto alla riserva ai sensi del D.Lgs. n. 66/2010 art.1014;

1. ❑ di avere diritto a riserva in quanto (*specificare con riferimento alle riserve elencate all’art. 2 del bando, se trattasi di riserva diversa da riserve descritte ai precedenti punti 23 e 24) ……………………………………*………………………………………………………………………………………………………………….

*ovvero*

❑ di non avere diritto ad alcuna riserva;

1. di richiedere il seguente ausilio per sostenere le prove previste dal concorso in quanto portatore di handicap ai sensi dell’art. 20 della legge n. 104/92;
2. di voler effettuare la prova di conoscenza della lingua straniera ❑ in inglese *oppure* ❑ in francese *oppure* ❑ in spagnolo
3. di accettare tutte le condizioni previste dal bando, pena l’esclusione dal concorso.

Il/La sottoscritto/a **ALLEGA**, come prescritto dal bando di concorso pubblico, **MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**,che costituisce parte integrante e sostanziale della presente domanda,compilata in merito a:

* requisiti specifici
* titoli di carriera
* titoli di studio e accademici
* pubblicazioni e titoli scientifici
* eventi formativi
* docenze / attività didattiche
* altre attività

e che risulta composto da n. ……………… fogli

Il/La sottoscritto/a **ALLEGA inoltre:**

* il curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato,
* elenco dei documenti e titoli presentati,
* fotocopia di un valido documento d’identità,
* la ricevuta comprovante l’avvenuto pagamento della tassa di concorso, non rimborsabile, di € 25,00=;

CHIEDE che ogni comunicazione relativa al presente concorso sia fatta al seguente indirizzo:

Cognome e nome …………………………………………………………………………….……………………

Via ……………………………………...…………………………………..……...…… n. ………………………

del Comune di ……………………………………………………………………….....Prov. ……………………..

cap ………….… telefono ………………………….…… cellulare ………..………………………………..……..

e-mail ……………………………………………………….………………………..

e si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali successive variazioni.

Fermo restando che l’invio della presente domanda tramite PEC equivale automaticamente a elezione di domicilio informatico ad ogni effetto.

**ESPRIME** il proprio consenso, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per tutte le fasi del procedimento concorsuale e per qualsiasi eventuale ulteriore adempimento richiesto per legge alla Fondazione.

Luogo …………………….................... Data, ……………………….

 Firma ………………………………………..…………

PROCEDIMENTO N. 20160037477

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

**Allegato**, parte integrante e sostanziale, alla domanda di partecipazione al bando di riapertura termini del concorso pubblico P- PROCEDIMENTO N. 20160037477 per la copertura di n. 1 posto nel profilo di: “Collaboratore tecnico professionale – Categoria D” da assegnare alla S.C. Sistemi informativi Aziendali .

**Il sottoscritto/a** ………………………………………………………………………………………………………...

nato/a a …………………………………………………….……………………

 il …………………………………………...………

residente a ………………………………………………………………….

 in via …………………………………………...

* consapevole che la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati,
* consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

# *DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445*

**di possedere il seguente requisito specifico di ammissione**:

|  |  |
| --- | --- |
| **TITOLO DI STUDIO** | Diploma di laurea vecchio ordinamento (DL) in informatica ovvero scienze dell’informazione ovvero Ingegneria informatica o titolo equipollente ai sensi di legge, ovveroLaurea triennale (L) appartenente alla Classe L08 “Lauree in Ingegneria dell'Informazione“. ………………………………………………………………………………...……………………………………………………………..……………….………………………………………………………………………………..Conseguita in data .…………………………… presso …………………….……………………………………………………………...………………....Nel caso in cui il titolo di studio sia stato conseguito all’estero indicare gli estremi del provvedimento ministeriale di riconoscimento di equipollenza al corrispondente titolo di studio italiano:…………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………...… |

**di essere in possesso dei seguenti titoli**:

|  |
| --- |
| **TITOLI DI CARRIERA**Servizi esclusivamente svolti in qualità di **dipendente** di Enti del SSN o Case di cura private solo se convenzionate o accreditate ovvero in quantità di **dipendente** di altre Pubbliche Amministrazioni nel profilo messo a bando ovvero in profili corrispondenti o di livello immediatamente inferiore. Si precisa che il servizio prestato all’estero non può essere autocertificato, a meno che lo stesso risulti trascritto in pubblici registri in Italia.* *Compilare il seguente schema per ciascun titolo di carriera che si vuole elencare*
 |
| Azienda / Ente |  |
| Indirizzo Azienda / Ente |  |
| Profilo (qualifica) professionale ricoperto |  |
| Data assunzione |  |
| Data di cessazione (ovvero indicare se tuttora in corso) |  |
| Causa di risoluzione del rapporto di lavoro |  |
| n° ore settimanali (tempo pieno/part-time con relativa percentuale) |  |
| Interruzioni (aspettative, sospensioni, ecc….) (\*) |  |

 (\*) Indicare se ricorrono o meno le condizioni di cui all’ultimo comma dell’art. 46 del D.P.R. 761/79.

|  |
| --- |
|  **TITOLI DI STUDIO E TITOLI ACCADEMICI – Indicare ulteriori titoli di studio o accademici posseduti oltre a quello già indicato quale requisito di ammissione*** *Compilare il seguente schema per ciascun titolo di studio che si vuole elencare*
 |
| Diploma di ………………………………………………….............…….……………………………..………………………conseguito presso ………………………………..………………………………………….. in data …………………………. |

|  |
| --- |
| PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICIElencare, numerando progressivamente, i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, da allegare per esteso, o in originale o in copia conforme. La numerazione delle singole pubblicazioni allegate deve corrispondere alla numerazione dell’elenco compilato qui si seguito. * *Compilare il seguente schema per ciascuna pubblicazione che si vuole elencare*
 |
| Pubblicazione n. …………. Tipo di pubblicazione (indicare se libro, abstract, poster) ……………………………..…………………………………………Titolo della pubblicazione …………………………………………………………………………………………...……………Indicare se autore o coautore ……………………………………………………………………………………………………...Pubblicato da (indicare nome rivista o Casa Editrice) ….………………………………………………………………………... Anno di pubblicazione ……………………… Riproduzione per intero/per estratto, da pag. ………………a pag. …………… Vedi **allegato n. …………** ❑ originale *oppure* ❑ copia conforme all’originale |

|  |
| --- |
| EVENTI FORMATIVI Inserire dettagliatamente l’elenco dei corsi formativi professionali o di aggiornamento attinenti, specificando se seguiti da esame finale, nonché corsi di lingua straniera o di informatica* *Compilare il seguente schema per ciascun corso che si vuole elencare*
 |
| Evento formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop) |  |
| Titolo evento |  |
| In qualità di (relatore/partecipante) |  |
| Organizzato da (denominazione completa e indirizzo dell’ente/società organizzatrice) |  |
| Sede evento |  |
| Data svolgimento evento |  |
| Per complessivi giorni ……………………………...per complessive ore ………………………………... |  |
| Indicare n° crediti ECM (a fronte di *verifica* finale ECM) |  |
| Specificare se *CON esame finale* (NON ECM) |  |

|  |
| --- |
| DOCENZE /ATTIVITÀ DIDATTICHE:* *Compilare il seguente schema per ciascuna docenza/attività didattica che si vuole elencare*
 |
| Tipo di docenza/attività didattica |  |
| Titolo corso |  |
| Organizzato da (denominazione completa e indirizzo dell’ente/società organizzatrice) |  |
| Destinatari del corso |  |
| In data (data svolgimento corso) |  |
| Per complessivi giorni ……………………………… per complessive ore …………………………………. |  |

|  |
| --- |
| **Servizi prestati presso Aziende Private Non accreditate o Non convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e altre attività professionali attinenti al posto messo a bando, non collocabili tra i titoli di carriera** *Compilare il seguente schema per ciascuna attività che si vuole elencare.* |
| Azienda / Ente |  |
| Indirizzo Azienda / Ente |  |
| Profilo (qualifica) ricoperto/mansioni svolte |  |
| Data di inizio prestazione (dal…..) |  |
| Data di fine prestazione (ovvero indicare se in corso) (al…..) |  |
| Natura giuridica del contratto **(°)** |  |
| n° ore settimanali (tempo pieno/part-time con relativa percentuale) |  |
| Interruzioni (aspettative, sospensioni, ecc….) |  |

**(°) Indicare se dipendente, co.co.pro, co.co.co, di somministrazione lavoro, interinale, libero professionale, socio lavoratore, ecc.**

Luogo e data……………………………………..,

Letto, confermato e sottoscritto **IL DICHIARANTE ( firma )** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(N.B. ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D’IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ)