



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**

**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

---

**Avviso pubblico per titoli e colloquio per assunzioni a tempo determinato in qualità di Dirigente Medico della disciplina di Chirurgia Vascolare.**

In esecuzione della deliberazione n. 23 del 17.1.2011, è indetto avviso pubblico per titoli e colloquio per assunzioni a tempo determinato, nel rispetto dei limiti temporali di cui al D. Leg.vo n.368/01, in qualità di **Dirigente Medico della disciplina di Chirurgia Vascolare.**

### **Avvertenze**

L'avviso è indetto e sarà espletato ai sensi della normativa di cui al DPR n.483/97, ai Decreti Leg.vi n.502/92 e s.m.i. e n.165/01 e s.m.i., alla Legge n.125/91 e al Decreto Leg.vo n.198/2006 sulle pari opportunità, alla Legge n.127/97 e successivo decreto di attuazione, al DPR n.445/2000 e s.m.i. e, per quanto applicabile, al DPR n.487/94.

Il rapporto di lavoro che si andrà ad instaurare è disciplinato dalla normativa di cui ai Decreti Legislativi n.229/99 e n.165/01 e s.m.i. ed alla Legge n.138/04; è, inoltre, incompatibile con qualsiasi altro incarico sia pubblico che privato, anche se di natura convenzionale ex art.53 del Decreto Leg.vo n.165/01.

Ai sensi del Decreto Leg.vo n.196 del 30.6.2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali, il trattamento dei dati personali forniti dai candidati sarà finalizzato allo svolgimento della procedura concorsuale e all'eventuale instaurazione e gestione del rapporto contrattuale.

In conformità a quanto previsto dall'art.7, comma 1, del Decreto Leg.vo n.165/01, è garantita parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e al trattamento sul lavoro.

La partecipazione all'avviso è consentita ai candidati dell'uno e dell'altro sesso che siano in possesso dei requisiti prescritti.

Al riguardo, ai sensi dell'art.4, comma 3, della Legge n.125/91, come sostituito ed integrato dall'art.27, comma 5, del Decreto Leg.vo n.198 dell'11.4.2006, si specifica che il termine "candidati" usato nel testo va sempre inteso nel senso innanzi specificato e, quindi, riferito agli aspiranti "dell'uno e dell'altro sesso".



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**

**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

## **Requisiti generali e specifici di ammissione**

Possono partecipare all'avviso pubblico coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

### **Requisiti generali:**

- cittadinanza italiana o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- idoneità fisica all'impiego nell'osservanza di quanto previsto dall'art.26 del Decreto Leg.vo. n.106/09.

### **Requisiti specifici:**

- laurea in Medicina e Chirurgia;
- specializzazione nella disciplina di Chirurgia Vascolare o disciplina equipollente ovvero disciplina affine (secondo le indicazioni previste dai Decreti Ministeriali del 30.01.1998 e del 31.1.1998 e s.m.i., ai sensi e per gli effetti dell'art.56, comma 1, del DPR n.483/97). Inoltre, ai sensi del 2° comma dell'art.56 del DPR n.483/97, il personale del ruolo sanitario in servizio di ruolo alla data di entrata in vigore del DPR n.483/97 presso altre aziende sanitarie o aziende ospedaliere nella disciplina messa ad avviso, è esentato dal requisito della specializzazione nella medesima disciplina;
- iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici, attestata da certificato di data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del bando. L'iscrizione al corrispondente Albo Professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione al concorso, fermo restando l'obbligo di iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

I requisiti di cui sopra devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente avviso per la presentazione delle domande di partecipazione. Il difetto anche di uno solo dei requisiti prescritti comporta la non ammissione all'avviso pubblico.

Non possono accedere all'impiego coloro che siano esclusi dall'elettorato attivo nonché coloro che siano stati dispensati dall'impiego presso una pubblica Amministrazione per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**

**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

## **Domanda di ammissione e presentazione**

Per essere ammessi al presente avviso i candidati dovranno **far pervenire domanda**, redatta in carta semplice, indirizzata al Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliera Regionale “S. Carlo” – Via Potito Petrone – Potenza, **all’Ufficio Protocollo** dell’Azienda entro le **ore 12.00 del 15° giorno** dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata.

Si considerano utilmente prodotte le domande pervenute entro il termine indicato. A tal fine **fa fede il timbro a data dell’Ufficio Protocollo dell’Azienda**.

Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al 1° giorno successivo non festivo.

**Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio, fatto salvo quanto previsto nelle disposizioni finali e transitorie; la eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti.**

La domanda deve essere redatta secondo lo schema allegato al presente avviso, riportando tutte le indicazioni che, secondo le norme vigenti, i candidati sono tenuti a fornire (**allegato A**).

L’interessato, inoltre, è tenuto ad indicare il domicilio (con l’indicazione del C.A.P.) presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni eventuale comunicazione relativa all’avviso. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto la residenza.

La domanda deve essere firmata, pena esclusione, e la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata.

Alla domanda di partecipazione all’avviso pubblico, relativamente alla discipline indicate nel bando, i concorrenti devono allegare, a pena di esclusione, in originale o copia legale o autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificazioni nei casi e nei limiti previsti dal DPR n.445 del 28.12.2000, i seguenti documenti:

- 1) diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
- 2) diploma di specializzazione nella disciplina di Chirurgia Vascolare o disciplina equipollente ovvero disciplina affine;
- 3) certificato di iscrizione all’Albo dell’Ordine dei Medici di data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del bando.



## AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Ospedale "S. Carlo" di Potenza

Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

I suddetti documenti possono essere prodotti nella forma di dichiarazione sostitutiva di certificazioni, allegata al presente bando (**allegato B**).

Alla domanda di partecipazione all'avviso i concorrenti devono allegare altresì:

- le certificazioni relative ai titoli che ritengano opportuno presentare nel proprio interesse al fine della valutazione di merito e della formulazione della graduatoria;
- un curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato;
- un elenco dei documenti e dei titoli presentati, **numerati progressivamente in relazione al corrispondente titolo e con l'indicazione se trattasi di originale o di copia.**

**La numerazione** attribuita a ciascun titolo **dovrà corrispondere a quella riportata nel curriculum e/o nelle autocertificazioni ovvero dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà.**

I titoli devono essere prodotti in originale o copia legale o autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dal DPR n.445 del 28.12.2000.

Ove il candidato ritenga di utilizzare le dichiarazioni sostitutive previste dal DPR n.445/2000 dovrà aver cura di specificare tutte le circostanze (luogo, data, votazione riportata, Autorità rilasciante, esatta denominazione del titolo, etc.) che consentano alla Commissione esaminatrice di poter esprimere le proprie valutazioni.

L'Azienda non assume alcuna responsabilità per mancata valutazione di titoli, prodotti con l'utilizzo delle dichiarazioni sostitutive, ove queste siano incomplete.

Si rammenta che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

### **Ammissione dei candidati**

L'Amministrazione provvederà, con apposito atto, all'ammissione dei candidati all'avviso, previa verifica dei requisiti di ammissione indicati nel presente avviso. L'elenco dei candidati sarà pubblicato sul sito [www.ospedalesancarlio.it](http://www.ospedalesancarlio.it).

L'esclusione dalla procedura selettiva verrà notificata entro trenta giorni dalla data di esecutività della relativa decisione.



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**

**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

## **Prova selettiva e convocazione dei candidati**

La prova selettiva consisterà in un colloquio sulle materie inerenti alle rispettive discipline oggetto dell'avviso, nonché sui compiti connessi alla funzione da conferire.

Il diario della prova selettiva sarà comunicato ai candidati mediante pubblicazione sul sito internet dell'Azienda [www.ospedalesancarlo.it](http://www.ospedalesancarlo.it) non meno di dieci giorni prima della data fissata, e **varrà quale notifica a tutti gli effetti**.

Il diario potrà essere, altresì, comunicato ai candidati tramite e-mail, se l'indicazione della stessa sarà riportata nella domanda di partecipazione.

## **Punteggio titoli e colloquio**

La Commissione, da nominarsi con apposito atto, dispone complessivamente di **40 punti** per la valutazione dei titoli e per il colloquio.

I punti sono così ripartiti:

- 20 punti per i titoli
- 20 punti per il colloquio

Ai sensi dell'art.27 del DPR n.483/97 e dell'art.45 del D. Leg.vo n.368/99, i titoli valutabili ed il punteggio massimo agli stessi attribuibile singolarmente e per categorie di titoli sono i seguenti:

- a) titoli di carriera: punti 10
- b) titoli accademici e di studio: punti 3
- c) pubblicazioni e titoli scientifici: punti 3
- d) curriculum formativo e professionale: punti 4

## **Titoli di carriera**

- a) servizi di ruolo prestati presso le unità sanitarie locali o le aziende ospedaliere e servizi equipollenti ai sensi degli artt.22 e 23 del DPR n.483/97:
  - 1) servizio nel livello dirigenziale a concorso, o livello superiore, nella disciplina: punti 1.00 per anno;
  - 2) servizio in altra posizione funzionale, nella disciplina a concorso: punti 0.50 per anno;
  - 3) servizio in disciplina affine ovvero in altra disciplina da valutare con i punteggi di cui sopra ridotti rispettivamente del 25 e del 50 per cento;
  - 4) servizio prestato a tempo pieno da valutare con i punteggi di cui sopra aumentati del 20 per cento;
- b) servizio di ruolo quale medico presso pubbliche amministrazioni nelle varie qualifiche secondo i rispettivi ordinamenti, punti 0.50 per anno.



## AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Ospedale "S. Carlo" di Potenza

Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

La specializzazione, conseguita ai sensi del Decreto Leg.vo 8.8.1991 n.257, è valutata con uno specifico punteggio pari a mezzo punto per anno di corso di specializzazione, fra i titoli di carriera ai sensi e per gli effetti dell'art.45 del Decreto Leg.vo n.368/99.

### Titoli accademici e di studio

- a) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso: punti 1.00;
- b) specializzazione in disciplina affine: punti 0.50;
- c) specializzazione in altra disciplina: punti 0.25;
- d) altre specializzazioni di ciascun gruppo da valutare con i punteggi di cui sopra ridotti del 50 per cento;
- e) altre lauree, oltre quella richiesta per l'ammissione al concorso, comprese tra quelle previste per l'appartenenza al ruolo sanitario: punti 0.50 per ognuna, fino ad un massimo di punti 1.00.

Non è valutabile la specializzazione fatta valere come requisito di ammissione.

### Pubblicazioni e titoli scientifici – post laurea

La valutazione delle pubblicazioni è effettuata in relazione alla originalità della produzione scientifica, all'importanza della rivista, alla continuità ed ai contenuti dei singoli lavori, al grado di attinenza dei lavori stessi con la posizione funzionale da conferire, all'eventuale collaborazione di più autori. Non saranno valutate le pubblicazioni delle quali non risulti l'apporto del candidato.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa; nel caso le pubblicazioni siano autocertificate e non prodotte, per essere valutate dovranno, le autocertificazioni, essere ampiamente descrittive, poiché dalla semplice intestazione dei lavori non può ricavarsi l'adeguata valutazione richiesta dall'art.11 del DPR n.483/97.

### Curriculum formativo e professionale – post laurea

Nel curriculum formativo e professionale sono valutate le attività professionali e di studio, formalmente documentate, non riferibili a titoli già valutati nelle precedenti categorie, idonee ad evidenziare, ulteriormente, il livello di qualificazione professionale acquisito nell'arco della intera carriera e specifiche rispetto alla posizione funzionale da conferire nonché gli incarichi di insegnamento conferiti da enti pubblici.

In tale categoria rientra anche la partecipazione a congressi, convegni o seminari che abbiano finalità di formazione e di aggiornamento professionale e di avanzamento di ricerca scientifica, nonché la idoneità nazionale nella disciplina prevista dal pregresso ordinamento.

Non sono valutate le idoneità conseguite in precedenti concorsi.



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**

**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**La mancata presentazione del curriculum non è motivo di esclusione, ma comporta la non valutazione dei titoli sopra specificati.**

**La produzione della documentazione da valutarsi, relativa alle pubblicazioni e titoli scientifici ed al curriculum formativo e professionale, è quella avente data non anteriore all'anno 2003.**

Il superamento del colloquio è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di **almeno 14/20**.

### **Graduatoria e adempimenti dei concorrenti inseriti nella graduatoria**

La graduatoria di merito dei candidati è formulata secondo l'ordine dei punti della valutazione complessiva riportata da ciascun candidato, con l'osservanza, a parità di punti, delle preferenze e precedenzae previste dal DPR n.487/94 e s.m.i..

La graduatoria di merito è approvata dal Direttore Generale ed è immediatamente efficace.

La graduatoria sarà pubblicata sul sito internet aziendale [www.ospedalesancarlo.it](http://www.ospedalesancarlo.it) e tale pubblicazione varrà quale notifica a tutti gli effetti.

L'assunzione in servizio del vincitore avverrà mediante la stipulazione di contratto individuale di lavoro, secondo le disposizioni richiamate dal Decreto Leg.vo n.165/01 s.m.i., del CCNL dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria vigente al momento dell'assunzione.

L'Azienda inviterà il vincitori a presentare la documentazione prescritta dalle disposizioni regolanti l'accesso al rapporto di lavoro e appresso indicata:

- a- documenti corrispondenti alle dichiarazioni contenute nella domanda di partecipazione all'avviso;
- b- altri titoli che danno diritto a usufruire delle precedenzae e preferenze a parità di valutazione.

Il rapporto di lavoro si risolve automaticamente, senza diritto al preavviso, alla scadenza indicata nel contratto individuale.

In nessun caso il rapporto di lavoro a tempo determinato potrà trasformarsi in rapporto di lavoro a tempo indeterminato.



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**

**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

### **Trattamento economico**

Al vincitore, assunto a tempo determinato, sarà attribuito il trattamento stipendiale iniziale fissato dal CCNL dell'Area per la Dirigenza Medica e Veterinaria in vigore.

### **Disposizioni finali e transitorie**

L'Amministrazione:

- nel caso in cui pervenga una sola domanda, si riserva la facoltà di non procedere ad alcuna valutazione dei titoli e al colloquio, limitandosi a verificare il possesso in capo al candidato dei requisiti di ammissione;
- si riserva di prorarre il termine di scadenza fissato nell'avviso, di annullare o revocare la procedura avviata.

L'assunzione in servizio a tempo determinato è, in ogni caso, subordinata alla verifica della permanenza delle esigenze programmatiche e di servizio che hanno determinato l'adozione del presente avviso.

Gli interessati possono scaricare il presente bando, unitamente allo schema di domanda, dal sito internet aziendale [www.ospedalesancarlot.it](http://www.ospedalesancarlot.it) o ritirarlo presso l'Unità Operativa Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane di questa Azienda Ospedaliera – Via Potito Petrone – Potenza .

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(Ing. Giovanni DE COSTANZO)**





**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**

**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**ALLEGATO A**

Schema della domanda (in carta semplice)

AI DIRETTORE GENERALE  
dell'Azienda Ospedaliera "S. Carlo"  
Via Potito Petrone

POTENZA

  I   sottoscritt\_ \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_  
c h i e d e

di essere ammess\_ a partecipare all'avviso pubblico per titoli e colloquio per assunzioni a tempo determinato in qualità di **Dirigente Medico della disciplina di Chirurgia Vascolare.**

Dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) è cittadin\_ italian\_ (1);
- b) è iscritt\_ nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (2);
- c) non ha riportato condanne penali (3);
- d) per quanto riguarda gli obblighi militari, la sua posizione è la seguente \_\_\_\_\_ (4);
- e) è in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
- f) è in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_;
- g) è iscritt\_ all'Albo dell'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- h) ha prestato i seguenti servizi presso pubbliche Amministrazioni \_\_\_\_\_ (5);
- i) è in possesso dei seguenti titoli di precedenza o preferenza a parità di punteggio \_\_\_\_\_ (6).

  I   sottoscritt\_ autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo n.196/03 e s.m.i., l'Azienda Ospedaliera al trattamento dei dati ivi riportati per le finalità del bando per cui è fatta l'istanza.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Recapito per comunicazioni:

- 1) ovvero cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea
- 2) in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicare i motivi
- 3) anche se siano stati concessi amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale
- 4) solo per i candidati di sesso maschile
- 5) in caso affermativo indicare le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego
- 6) indicare l'eventuale possesso dei requisiti previsti dall'art.5 del DPR n.487/94



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**

**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**ALLEGATO B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

(art.46 del DPR n.445/2000)

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli  
atti, richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000,

**DICHIARA**

di essere in possesso dei seguenti titoli, oltre quelli necessari per l'ammissione, conseguiti alla data di  
scadenza del presente avviso e validi agli effetti della valutazione di merito:

**Titoli culturali (1)**

1. di aver conseguito il titolo di

in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con voto **(2)** \_\_\_\_\_

2. di aver conseguito il titolo di

in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

3. di aver conseguito il titolo di

in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

4. di aver conseguito il titolo di

in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

**Titoli accademici post laurea e di aggiornamento culturale e professionale (3)**

1. Titolo \_\_\_\_\_

Ente organizzatore \_\_\_\_\_ in data/dal-al \_\_\_\_\_

2. Titolo \_\_\_\_\_

Ente organizzatore \_\_\_\_\_ in data/dal-al \_\_\_\_\_

3. Titolo \_\_\_\_\_

Ente organizzatore \_\_\_\_\_ in data/dal-al \_\_\_\_\_

4. Titolo \_\_\_\_\_

Ente organizzatore \_\_\_\_\_ in data/dal-al \_\_\_\_\_



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**

**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**Di aver conseguito i seguenti titoli diversi da quelli sopra elencati (4)**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**(1)** Laurea – Diploma universitario o equivalenti

**(2)** qualora previsto per il relativo titolo

**(3)** Dottorato di ricerca – Specializzazione – Corso di perfezionamento – Master – Abilitazione Professionale – Stage – Partecipazione a corsi di aggiornamento/convegni

**(4)** Indicare denominazione esatta, data e luogo di conseguimento

Data \_\_\_\_\_

F I R M A

\_\_\_\_\_



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**

**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**ALLEGATO C**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(artt. 47 del DPR n.445/2000)

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli  
atti, richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000,

**DICHIARA**

di essere in possesso dei seguenti titoli conseguiti alla data di scadenza del presente avviso e validi agli  
effetti della valutazione di merito:

**A. di aver prestato i seguenti servizi presso Strutture Pubbliche (1):**

1. Ente \_\_\_\_\_  
Qualifica \_\_\_\_\_ tipo di rapporto \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

2. Ente \_\_\_\_\_  
Qualifica \_\_\_\_\_ tipo di rapporto \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

3. Ente \_\_\_\_\_  
Qualifica \_\_\_\_\_ tipo di rapporto \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**B. di aver prestato i seguenti servizi presso Strutture Private Convenzionate:**

1. Ente \_\_\_\_\_  
Qualifica \_\_\_\_\_ tipo di rapporto \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

2. Ente \_\_\_\_\_  
Qualifica \_\_\_\_\_ tipo di rapporto \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

3. Ente \_\_\_\_\_  
Qualifica \_\_\_\_\_ tipo di rapporto \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**C. di essere inoltre in possesso dei seguenti titoli diversi da quelli sopra elencati (2):**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**

**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**D. che le fotocopie allegate sono conformi agli originali in mio possesso:**

contenuto del documento n. \_\_\_\_\_  
contenuto del documento n. \_\_\_\_\_  
contenuto del documento n. \_\_\_\_\_  
contenuto del documento n. \_\_\_\_\_  
contenuto del documento n. \_\_\_\_\_  
contenuto del documento n. \_\_\_\_\_  
contenuto del documento n. \_\_\_\_\_  
contenuto del documento n. \_\_\_\_\_

**E. dichiaro inoltre** (tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nelle precedenti voci:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(1)** indicare se a tempo determinato o indeterminato, se tempo pieno o parziale (con relativa percentuale) e se il rapporto di lavoro è autonomo o subordinato

**(2)** indicare denominazione esatta, data e luogo di conseguimento

Data \_\_\_\_\_

**F I R M A**

\_\_\_\_\_

**(Ai sensi dell'art.38 del DPR n.445/2000, alla presente dichiarazione deve essere allegata fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità).**