



# ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA

## Azienda Ospedaliera

E' stata disposta la pubblicazione del presente

### AVVISO

per l'assunzione a tempo determinato, ai sensi dell'art. 36 del Decreto Legislativo n. 165/2001, di:

- **n. 1 DIRIGENTE MEDICO - DISCIPLINA: GINECOLOGIA ED OSTETRICIA (ruolo sanitario - profilo professionale: medici - area chirurgica e delle specialità chirurgiche - disciplina: ginecologia ed ostetricia).**

\*\*\*\*\*

**La selezione avverrà per titoli e colloquio** che verterà su argomenti tecnico-professionali e gestionali attinenti al posto messo a selezione.

I requisiti generali di ammissione sono quelli previsti dall'art.1 del Decreto del Presidente della Repubblica 483/97. Per quanto riguarda l'idoneità fisica all'impiego si precisa che deve essere senza limitazioni.

I requisiti specifici sono:

- laurea in medicina e chirurgia;
- specializzazione nella disciplina "ginecologia ed ostetricia" o in disciplina equipollente. Il personale in servizio di ruolo alla data dell'1.02.1998 è esentato dal requisito della specializzazione nella disciplina relativa al posto di ruolo già ricoperto alla predetta data per la partecipazione ai concorsi presso le U.s.l. e le aziende ospedaliere diverse da quella di appartenenza;
- iscrizione all'albo dell'ordine dei medici; se attestata da certificato questo deve essere in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza dell'avviso. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione europea consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

I requisiti generali e quelli specifici devono essere posseduti alla data di scadenza del termine indicato dal bando per la presentazione delle domande.

Le domande redatte in carta libera, dovranno riportare tutte le dichiarazioni previste dallo schema di domanda allegato al presente bando ed essere sottoscritte dai candidati. La mancata sottoscrizione comporterà l'esclusione dalla selezione.

- Le domande e la documentazione ad esse allegate devono essere inoltrate al Direttore Generale dell'Azienda "Istituti Ospitalieri" di Cremona – Viale Concordia n. 1 – 26100 Cremona, a pena di esclusione,

**ENTRO LE ORE 12 DI LUNEDI' 14 SETTEMBRE 2015**

mediante una delle seguenti modalità:

- 1) spedizione a mezzo servizio postale, mediante raccomandata con avviso di ricevimento: la data di spedizione non posteriore al giorno di scadenza del termine per la presentazione delle domande è comprovata dal timbro a data dell'ufficio postale accettante;
- 2) consegna a mano presso l'Ufficio Archivio Protocollo dell'Azienda Ospedaliera sito in Viale Concordia 1, Cremona (in tal caso il termine per la consegna scade alle ore 12.00 del giorno di scadenza). Orario di apertura dell'Ufficio Archivio Protocollo: da lunedì a giovedì dalle ore 08.00 alle ore 12.30 e dalle ore 13.30 alle ore 16.00 – il venerdì dalle ore 8 alle ore 12.30 e dalle ore 13.30 alle ore 15.40;

oppure

presso la Segreteria della Direzione Ospedaliera del Presidio Ospedaliero "Oglio Po" – Via Staffolo, 51 – VICOMOSCANO – 26041 CASALMAGGIORE (CR)

- 3) Invio al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: [protocollo@pec.ospedale.cremona.it](mailto:protocollo@pec.ospedale.cremona.it).

La validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale. Non sarà pertanto ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella PEC non personale o di posta elettronica semplice/ordinaria del candidato o di altra persona, anche se indirizzata alla suindicata casella PEC dell'Azienda Ospedaliera.

L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, in un unico file in formato PDF, deve avvenire tramite l'utilizzo della PEC personale del candidato, esclusivamente all'indirizzo PEC sopra indicato.

A tal fine sono consentite le seguenti modalità di predisposizione dell'unico file in PDF da inviare, contenente tutta la documentazione che sarebbe stata oggetto dell'invio cartaceo:

- sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato  
oppure
- sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione della documentazione.

Le domande inviate ad altra casella di posta elettronica dell'azienda ospedaliera non verranno prese in considerazione.

Nella PEC di trasmissione della domanda l'oggetto dovrà chiaramente indicare l'avviso pubblico al quale si chiede di partecipare, nonché nome e cognome del candidato.

L'invio tramite PEC, come sopra descritto, sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale.

Le suddette modalità di trasmissione elettronica della domanda e della documentazione di ammissione al bando, per il candidato che intenda avvalersene, si intendono tassative.

**Le domande, ai fini dell'ammissibilità, dovranno pervenire prima dell'adozione della determinazione dirigenziale con cui verrà disposta l'ammissione dei candidati che avverrà comunque non prima del secondo giorno dalla data di scadenza del presente avviso.**

Il **termine** stabilito per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio: pertanto, non saranno prese in considerazione quelle che, per qualsiasi ragione, non esclusa la forza maggiore, verranno presentate o spedite, ivi compreso l'invio mediante PEC, oltre il termine stesso.

L'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

L'Azienda declina ogni responsabilità nel caso in cui le comunicazioni relative alla procedura non giungano a destinazione per errata indicazione del recapito o tardiva comunicazione del cambio di indirizzo precedentemente indicato nella domanda.

Parimenti non risponde del mancato recapito o smarrimento della domanda di ammissione imputabile a terzi, caso fortuito o forza maggiore.

Non è richiesta l'autenticazione della firma apposta in calce alla domanda di ammissione.

Per la presentazione dei documenti che intenda allegare alla domanda, il candidato si avvale delle dichiarazioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 secondo quanto stabilito dall'art. 15 legge 12.11.11 n. 183.

I requisiti specifici di ammissione sono dichiarati nella domanda di partecipazione alla selezione, secondo quanto previsto dall'art. 46 del Decreto del Presidente della Repubblica 28.12.2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", come indicato nello schema allegato al bando.

La conformità all'originale dei documenti presentati attestata dal candidato mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000, secondo lo schema allegato al presente bando, tiene luogo a tutti gli effetti dell'autentica di copia.

Qualora intenda avvalersi di dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà in luogo dei documenti, perché possano essere prese in considerazione, devono risultare da atto formale distinto dalla domanda e allegato alla stessa e **contenere tutti gli elementi necessari che sarebbero stati presenti nel documento rilasciato dall'autorità competente se fosse stato presentato.**

**Se il candidato si avvale di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà deve allegare alla domanda fotocopia di un valido documento di riconoscimento qualora non sottoscriva tali dichiarazioni in presenza di un dipendente dell'unità operativa risorse umane e relazioni sindacali. In mancanza del documento di riconoscimento le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà non verranno prese in considerazione per la valutazione.**

**Il candidato può allegare alla domanda di partecipazione alla selezione il proprio curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato.**

**Il curriculum ha unicamente uno scopo informativo e non costituisce autocertificazione. Le attività professionali e i corsi di studio indicati nel curriculum saranno presi in esame, ai fini della valutazione di merito, solo se formalmente documentati.**

La documentazione presentata non autenticata ai sensi di legge, nelle forme sopra indicate, è priva di efficacia. Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 qualora dal controllo che verrà effettuato dall'Azienda, ai sensi dell'art. 71 del suddetto Decreto emergesse la non veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, come previsto dall'art. 75, fatte salve eventuali responsabilità penali.

I candidati dovranno altresì allegare un elenco in carta semplice dattiloscritto, in triplice copia, dei documenti e titoli presentati, datato e firmato dal concorrente, tale elenco deve riportare la descrizione analitica delle eventuali pubblicazioni (autori - titoli - riviste o testo da cui sono tratte) e degli attestati di partecipazione a manifestazioni scientifiche : corsi, convegni, seminari, incontri, giornate di studio ....., indicando tipologia, titolo e durata.

Verranno presi in considerazione, ai fini di valutazione, solo i titoli presentati nei modi sopra indicati.

Le **pubblicazioni** devono essere edite a stampa. Non possono essere valutate quelle dalle quali non risulti l'apporto del candidato.

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

**La specializzazione conseguita ai sensi del Decreto Legislativo 8 agosto 1991, n.257, anche se fatta valere come requisito di ammissione, è valutata con uno specifico punteggio pari a mezzo punto per anno di corso di specializzazione.**

Scaduto il termine per la presentazione della stessa non è ammessa la produzione di alcun documento.

L'assunzione verrà disposta utilizzando la graduatoria che verrà formata da apposita commissione in base ai titoli presentati e al colloquio, che verterà su argomenti tecnico-professionali e gestionali attinenti al posto messo a selezione.

### **LA DATA DEL COLLOQUIO E' FISSATA PER IL GIORNO 21 SETTEMBRE ALLE ORE 12.00.**

**I CANDIDATI MUNITI DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO SONO PERTANTO INVITATI A PRESENTARSI IL GIORNO E ALL'ORA SUDETTI PRESSO GLI UFFICI AMMINISTRATIVI DEL PRESIDIO OSPEDALIERO "OGLIO PO" – VIA STAFFOLO N. 51 VICOMOSCANO – 26041 CASALMAGGIORE (CR) – 1° PIANO.**

Quanto sopra vale come comunicazione rivolta ai candidati che saranno ammessi alla selezione, ai quali pertanto non verranno inviate lettere di convocazione.

**Si rammenta che la mancata presenza all'ora sopra indicata comporterà l'esclusione dalla selezione. In tal caso il candidato dovrà ritirare i documenti allegati alla domanda entri 15 giorni dalla data del colloquio; diversamente verranno inviati al macero.**

**Ai candidati non ammessi verrà invece data tempestiva comunicazione di esclusione.**

La ripartizione dei punteggi da attribuire è così determinata dal presente avviso:

- titoli di carriera: max p. 10;
- titoli accademici e di studio: max p. 3;
- pubblicazioni e titoli scientifici: max p. 3;
- curriculum formativo e professionale: max p. 4;
- colloquio: max p. 80

Il collocamento in graduatoria è subordinato al raggiungimento, nel colloquio, di una valutazione di sufficienza, espressa in termini numerici, di almeno 41/80.

L'assumendo che non si presentasse o rifiutasse di sottoporsi alle visite mediche per l'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego verrà considerato rinunciatario a tutti gli effetti, senza necessità di alcuna diffida o altra formalità.

Il mantenimento del rapporto di lavoro è subordinato a un periodo di prova di tre mesi con possibilità, alla scadenza, di risoluzione del rapporto di lavoro in caso di giudizio negativo.

E' fatta salva la facoltà di revocare, prorogare, sospendere o modificare il presente avviso senza che i candidati possano avanzare diritti o pretese di sorta.

### **Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo n. 196/03**

Ai sensi dell'art.13 del decreto legislativo n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) i dati personali forniti dai candidati o acquisiti d'ufficio saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati, esclusivamente da parte del personale incaricato per le finalità connesse alla gestione della procedura selettiva.

Il trattamento dei dati avverrà in applicazione di quanto disposto dallo stesso decreto legislativo n. 196/03, fatta salva la necessaria pubblicità della procedura selettiva ai sensi delle disposizioni normative vigenti.

Il conferimento dei dati richiesti è necessario a pena di esclusione dalla selezione, in quanto in mancanza dei dati indispensabili si renderebbe impossibile l'espletamento delle procedure previste dalla vigente normativa.

L'interessato può esercitare i diritti sanciti dall'art. 7 del decreto legislativo n. 196/03 ed in particolare può ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, la loro comunicazione in forma comprensibile, l'aggiornamento, la rettifica e l'integrazione degli stessi; può altresì opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, anche se pertinenti allo scopo della raccolta, rivolgendosi al titolare o al responsabile del trattamento.

Il titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliera "Istituti Ospitalieri" di Cremona.

Il responsabile del trattamento dei dati personali è il dirigente responsabile dell'unità operativa risorse umane e relazioni sindacali dell'Azienda.

\*\*\*\*\*

Per informazioni, comprese quelle telefoniche, gli interessati possono rivolgersi all'unità operativa risorse umane e relazioni sindacali dell'Azienda Ospedaliera "Istituti Ospitalieri" di Cremona presso il presidio ospedaliero cremonese - Viale Concordia, 1 - 26100 CREMONA -tel. 0372405430-0372405469-0372405553 – orario per il pubblico: dal lunedì al giovedì: dalle ore 9.30 alle ore 12.30 e dalle ore 14.30 alle ore 15.30; il venerdì: dalle ore 9.00 alle ore 12.30

**o p p u r e**

al presidio ospedaliero "Oglio Po" - via Staffolo, 51 – Vicomoscano 26041 CASALMAGGIORE (CR) - tel. 0375281495 – 0375281430 – 0375281602 – 0375281420 orario per il pubblico: dal lunedì al giovedì: dalle ore 9.30 alle ore 12.30 e dalle ore 14.00 alle ore 15.00; il venerdì: dalle ore 9.00 alle ore 11.00.

Cremona, 28/08/2015

IL DIRIGENTE RESPONSABILE  
U.O. RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI  
f.to dott.ssa Maria Teresa Bulgari

*Esente da bollo ai sensi  
delle disposizioni vigenti*



MODELLO DI DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO DI UN DIRIGENTE MEDICO DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

**Fac simile da ricopiare su foglio in carta semplice con firma non autenticata**

Al Direttore Generale  
Azienda ospedaliera "Istituti Ospitalieri" di  
Cremona  
Viale Concordia, 1  
26100 - CREMONA

Il/la sottoscritto/a.....

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla selezione pubblica, per titoli e colloquio, per l'assunzione a tempo determinato, ai sensi dell'art. 36 del Decreto Legislativo n. 165/2001, di un dirigente medico – disciplina: ginecologia ed ostetricia.

A tal fine, consapevole che in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali, secondo quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28.12.2000, n. 445, ai sensi dell'art. 46 del suddetto decreto

**DICHIARA**

- \* di essere nato/a a ..... il .....
- \* di essere residente a ..... (C.A.P. ....)  
in via .....
- \* di essere in possesso della cittadinanza .....
- \* di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di ..... (oppure: indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime .....)
- \* di non aver subito condanne penali (oppure: di aver riportato le seguenti condanne penali ..... )
- \* di aver conseguito la laurea in ..... il giorno ..... all'Università di .....
- \* di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione avendo superato l'esame di Stato nella sessione di ..... all'Università di .....
- \* di aver conseguito il diploma di specializzazione nella disciplina ..... il giorno ..... all'Università di .....

- \* che la durata del corso di studi per il conseguimento del diploma di specializzazione è stata di anni.....;
- \* che il diploma suddetto è stato/non è stato conseguito ai sensi del Decreto Legislativo 8 agosto 1991 n.257;
- \* di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici della provincia di ..... a decorrere dal .....
- \* di aver svolto il servizio militare presso .....dal ..... al .....con le seguenti mansioni .....
- \* di non essere stato destituito o dispensato dal servizio presso pubbliche amministrazioni.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di accettare, senza riserve, le condizioni contenute nel suddetto avviso ed elegge il seguente domicilio al quale deve essere inviata ogni comunicazione al riguardo:

.....

Il sottoscritto manifesta il proprio consenso, ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo n. 196/2003, al trattamento dei dati personali forniti con la presente domanda da parte dell'Azienda Ospedaliera "Istituti Ospitalieri" di Cremona, per le finalità espresse nell'apposito paragrafo dell'avviso di selezione.

Data .....

Firma .....

**Indirizzo da scrivere in stampatello con indicazione obbligatoria del recapito telefonico ed eventuale fax**



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE e/o ATTO DI NOTORIETA'**  
**(ai sensi dell'art. 47 – D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)**  
**DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI**

Il/la

sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

**DICHIARA**

- che tutte le fotocopie allegate alla domanda sono copie conformi all'originale in mio possesso;
- Altre dichiarazioni:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ il dichiarante \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28/12/00, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o **inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante**, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.  
**La dichiarazione sarà tenuta valida solo se debitamente compilata in ogni sua parte.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE e/o ATTO DI NOTORIETA'**  
**(ai sensi dell'art. 47 – D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)**  
**DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

**DICHIARA**

- di aver prestato i seguenti servizi presso: **Aziende Pubbliche (specificare se dipendente/libero prof. o Co.Co.Co.):**

| <b>AZIENDA</b> | <b>qualifica/<br/>disciplina</b> | <b>tipologia<br/>rapp. di<br/>lavoro</b> | <b>DA<br/>(gg/mm/aaaa<br/>)</b> | <b>A<br/>(gg/mm/aaaa)</b> | <b>Impegno<br/>orario<br/>settimanale</b> |
|----------------|----------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|---|
|                |                                  |  |                                 |                           |   |
|                |                                  |  |                                 |                           |   |
|                |                                  |  |                                 |                           |   |

- di aver prestato i seguenti servizi presso **Case di cura private convenzionate/accreditate (specificare se dipendente/libero prof. o Co.Co.Co.):**

| <b>AZIENDA</b> | <b>qualifica/<br/>disciplina</b> | <b>tipologia<br/>rapp. di<br/>lavoro</b> | <b>DA<br/>(gg/mm/aaaa<br/>)</b> | <b>A<br/>(gg/mm/aaaa)</b> | <b>Impegno<br/>orario<br/>settimanale</b> |
|----------------|----------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|---|
|                |                                  |  |                                 |                           |   |
|                |                                  |  |                                 |                           |   |
|                |                                  |  |                                 |                           |   |

- di aver prestato i seguenti servizi presso **Case di cura private NON convenzionate/datore di lavoro privato (specificare se dipendente/libero prof. o Co.Co.Co.):**

| <b>AZIENDA</b> | <b>qualifica/<br/>disciplina</b> | <b>tipologia rapp.<br/>di lavoro</b> | <b>DA<br/>(gg/mm/aaaa<br/>)</b> | <b>A<br/>(gg/mm/aaaa)</b> | <b>Impegno<br/>orario<br/>settimanale</b> |
|----------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|---|
|                |                                  |                                      |                                 |                           |   |
|                |                                  |                                      |                                 |                           |   |
|                |                                  |                                      |                                 |                           |   |

- di aver prestato, inoltre le seguenti altre attività: **volontariato, borse di studio, etc.:**

| <b>AZIENDA</b> | <b>qualifica/<br/>disciplina</b> | <b>tipologia<br/>rapp. di<br/>lavoro</b> | <b>DA<br/>(gg/mm/aaaa<br/>)</b> | <b>A<br/>(gg/mm/aaaa)</b> | <b>Impegno<br/>orario<br/>settimanale</b> |
|----------------|----------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|---|
|                |                                  |  |                                 |                           |   |
|                |                                  |  |                                 |                           |   |
|                |                                  |  |                                 |                           |   |

Luogo e data \_\_\_\_\_ il dichiarante \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28/12/00, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o **inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante**, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**La dichiarazione sarà tenuta valida solo se debitamente compilata in ogni sua parte.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE e/o ATTO DI NOTORIETA'**  
**(ai sensi dell'art. 47 – D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)**  
**DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000,

**DICHIARA**

di aver partecipato alle seguenti iniziative di aggiornamento e formazione:

(esempio di autocertificazione):

- ente organizzatore: .....dove si è svolto:.....
- titolo: .....
- corso di aggiornamento                       altro (master / corsi di perfezionamento)
- durata .....esame finale\* :  si                       no
- uditore       relatore       docente

- 
- ente organizzatore: .....dove si è svolto:.....
  - titolo: .....
  - corso di aggiornamento                       altro (master / corsi di perfezionamento)
  - durata .....esame finale\* :  si                       no
  - uditore       relatore       docente

- 
- ente organizzatore: .....dove si è svolto:.....
  - titolo: .....
  - corso di aggiornamento                       altro (master / corsi di perfezionamento)
  - durata .....esame finale\* :  si                       no
  - uditore       relatore       docente

\* da non intendersi come verifica Ecm

**Luogo** \_\_\_\_\_ **e** \_\_\_\_\_ **data** \_\_\_\_\_ **il**  
**Dichiarante** \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28/12/00, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o **inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante**, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**La dichiarazione sarà tenuta valida solo se debitamente compilata in ogni sua parte.**