

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

IL/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ (prov. _____) il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

domicilio presso il quale deve essere fatta all'aspirante ogni necessaria comunicazione:

c/o _____ - Via _____ n. _____

città _____

indirizzo mail: _____

indirizzo mail PEC: _____

telefono/cellulare _____

CHIEDE

di partecipare al concorso pubblico per titoli ed esami PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 5 POSTI DI "PROGRAMMATORE – CAT. C" INDETTO IN FORMA CONGIUNTA TRA L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA, L'AZIENDA USL DI PARMA, L'AZIENDA USL DI PIACENZA, L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI MODENA E L'AZIENDA USL DI MODENA per la seguente Azienda dell'Area Vasta Emilia Nord:

- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Azienda USL di Parma
- Azienda USL di Piacenza
- Azienda USL di Modena
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

SI RICORDA CHE IL CANDIDATO DEVE ESPRIMERE UNA SOLA SCELTA
PENA L'ESCLUSIONE DALLA PROCEDURA CONCORSUALE

A tal fine sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del PR N. 445/2000 e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera:

DICHIARA

barrare la casella corrispondente alla scelta e compilare gli spazi vuoti fornendo i dati richiesti - scrivere in stampatello. Le caselle non barrate equivalgono a mancata dichiarazione)

1. riguardo la **cittadinanza**:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana
- di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana:
 - Cittadinanza del seguente Stato membro dell'U.E. _____
 - Cittadinanza del seguente Stato _____ e possesso di uno dei requisiti di cui all'art. – comma 1 e comma 3 bis del DLGS 165/01 e s.m.i.:
 - di essere familiare di cittadino di Stato membro dell'Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro, titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente (*allegare documentazione a pena di esclusione*)
 - di essere cittadino di Paese non appartenente all'Unione Europea, titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (*allegare documentazione a pena di esclusione*)
 - di essere cittadino di Paese non appartenente all'Unione Europea, titolare dello status di rifugiato (*allegare documentazione a pena di esclusione*)
 - di essere cittadino di Paese non appartenente all'Unione Europea, titolare dello status di protezione sussidiaria (*allegare documentazione a pena di esclusione*)

- altro (allegare documentazione a pena di esclusione)

SOLO PER COLORO CHE POSSIEDONO UNA CITTADINANZA DIVERSA DA QUELLA ITALIANA

- di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza
 di essere in possesso degli altri requisiti previsti dal bando per gli altri cittadini della Repubblica
 di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana

2. riguardo **l'iscrizione nelle liste elettorali:**

- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
 di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____

3. riguardo le **condanne penali**

- di **non aver** riportato condanne penali (anche per i reati di cui agli artt. 600 bis, 600 ter, 600 quater, 600 quinquies e 609 undecies c.p. ovvero di sanzione interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori)

ovvero

- di **aver** riportato le seguenti condanne penali (indicare tutti i tipi di condanna, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale precisando gli artt. del Codice Penale e di Procedura Penale) _____

ovvero

- di avere i seguenti procedimenti penali pendenti _____
presso il Tribunale di _____
(precisare gli artt. del Codice Penale e di Procedura Penale)

4. di essere in possesso dei seguenti **requisiti specifici di ammissione:**

- Diploma di Perito in Informatica o altro equipollente con specializzazione in Informatica

denominazione esatta del diploma _____

denominazione esatta dell'Istituto _____

- istituto tecnico istituto professionale

conseguito in Italia in data (gg/mm/aa) _____

ovvero

- Diploma di Scuola secondaria di secondo grado **UNITAMENTE** a corso di formazione in informatica di almeno 200 ore riconosciuto ai sensi della Legge Quadro in materia di formazione professionale n. 485 del 21/12/1978.
(E' obbligatorio allegare copia dell'attestato del corso di informatica)

denominazione esatta del diploma _____

denominazione esatta dell'Istituto _____

- istituto tecnico istituto professionale

conseguito in Italia in data (gg/mm/aa) _____

ovvero

- Diploma di _____
conseguito nel Paese _____ il _____
dichiarato equipollente al diploma di _____
riconosciuto in Italia con provvedimento ministeriale n. _____ del _____

5. riguardo agli **obblighi militari** di essere nella seguente posizione: _____
(solo per i concorrenti di sesso maschile nati entro il 31.12.1985)

6. riguardo i **servizi prestati**:

- di non aver mai prestato servizio con rapporto di impiego presso Pubbliche Amministrazioni
- di aver prestato (o di prestare) servizio con rapporto d'impiego presso Pubbliche Amministrazioni
- di non essere stato/a destituito/a, dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni ovvero licenziato a decorrere dal 2.9.1995 (data di entrata in vigore del primo CCNL del personale del Comparto Sanità)

7. riguardo alla preferenza in caso di parità di punteggio:

- di NON avere diritto alla preferenza in caso di parità di punteggio
- di avere diritto alla preferenza in caso di parità di punteggio in quanto:
 - o Genitore di figli a carico (*indicare per ciascun figlio nome/cognome e data di nascita*)

- o gli insigniti di medaglia al valor militare;)
- o i mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti; (
- o i mutilati ed invalidi per fatto di guerra;)
- o i mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato; (
- o gli orfani di guerra;)
- o gli orfani dei caduti per fatto di guerra; (
- o gli orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;)
- o i feriti in combattimento; (
- o gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra,)
nonché i capi di famiglia numerose (
- o i figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;)
- o i figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra; (*è obbligatorio allegare*
- o i figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;) *documentazione probatoria*
- o i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle e i fratelli)
vedovi o non sposati dei caduti in guerra;)
- o i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle e i fratelli)
vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra;)
- o i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle e i fratelli)
vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra;)
- o i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli)
vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico o privato;)
- o coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti; (
- o gli invalidi e i mutilati civili)

- di appartenere alle categorie di cui alla Legge 68/99 oppure a particolari categorie di cittadini previste da leggi speciali e precisamente _____

(*allegare documentazione probatoria*)

- di essere militare Volontario delle Forze Armate, congedato senza demerito dalle ferme contratte, ovvero Ufficiale di completamento in ferma biennale o Ufficiale in ferma prefissata che ha completato senza demerito la ferma contratta (artt. 678 e 1014 del D.Lgs. n. 66 del 15.3.2010 e s.m.i.) e precisamente: _____

- di aver necessità , ai sensi dell'art. 20 Legge 104/92, dei seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove (*allegare documentazione probatoria*): _____

8. di essere a conoscenza che tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in occasione dell'espletamento della presente procedura verranno trattati nel rispetto del D. Lgs. 30/6/2003, n. 196 nonché del Regolamento Europeo n. 679/2016; la presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compreso i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento della procedura

Data _____

Firma _____

(*la domanda deve essere sottoscritta dal candidato, pena nullità della stessa*)

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

allegato alla domanda di partecipazione al concorso pubblico a n. 5 posti di

PROGRAMMATORE – CAT. C

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 il sottoscritto dichiara quanto segue:

DATI PERSONALI

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE

1.

- Diploma di Perito in Informatica o altro equipollente con specializzazione in Informatica

denominazione esatta del diploma _____

denominazione esatta dell'Istituto _____

istituto tecnico

istituto professionale

conseguito in Italia in data (gg/mm/aa) _____

ovvero

- Diploma di Scuola secondaria di secondo grado **UNITAMENTE** a corso di formazione in informatica di almeno 200 ore riconosciuto ai sensi della Legge Quadro in materia di formazione professionale n. 485 del 21/12/1978.
(E' obbligatorio allegare copia dell'attestato del corso di informatica)

denominazione esatta del diploma _____

denominazione esatta dell'Istituto _____

istituto tecnico

istituto professionale

conseguito in Italia in data (gg/mm/aa) _____

ovvero

- Diploma di _____

conseguito nel Paese _____ il _____

dichiarato equipollente al diploma di _____

riconosciuto in Italia con provvedimento ministeriale n. _____ del _____

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

Elencare separatamente ciascun titolo conseguito, diverso da quelli elencati nella sezione "Requisiti", evidenziando per ognuno l'Istituto e relativa sede e data di conseguimento

A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo titolo come nell'esempio

N.B. Per i titoli di studio conseguiti in Paese Estero deve essere allegata l'equipollenza al titolo italiano certificato dalla competente autorità

- Diploma di qualifica professionale conseguito presso l'Istituto Statale _____
di _____ - _____ il _____
- Diploma di Istruzione secondaria di secondo grado (Diploma di maturità) conseguito il _____
presso l'Istituto _____ di _____
- Diploma di Laurea in _____

conseguito presso l'Università di _____ in data _____

- Laurea di primo livello (classe di laurea n. _____)
- Laurea Magistrale / Specialistica (classe di laurea n. _____)
- previgente ordinamento universitario

TITOLI DI CARRIERA

In questa sezione devono essere inseriti i periodi di servizi come dipendente (cioè titolare di contratti di lavoro subordinato a tempo indeterminato o determinato).

Indicare in modo preciso la denominazione e la sede dell'Azienda/Ente, il periodo di servizio (indicando giorno/mese/anno di inizio e fine servizio), la qualifica e la categoria ricoperta (esempio: Tecnico di Laboratorio, ecc.) e le ore settimanali svolte. Indicare anche eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc.)

A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo titolo come nell'esempio

Servizio svolto presso Aziende Sanitarie Pubbliche (SSN) / altre Pubbliche Amministrazioni

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Servizio svolto presso Case di Cura accreditate con Servizio Sanitario Nazionale

Denominazione e indirizzo della Casa di Cura accreditata con SSN: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo della Casa di Cura accreditata con SSN: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo della Casa di Cura accreditata con SSN: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Servizio svolto tramite Coop.va sociali o Agenzie Interinali presso Aziende Sanitarie o altre Pubbliche Amministrazioni

Coop.va sociale Agenzia Interinale

Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale: _____

Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio _____

Qualifica ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Coop.va sociale Agenzia Interinale

Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale: _____

Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio _____

Qualifica ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Coop.va sociale Agenzia Interinale

Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale: _____

Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio _____

Qualifica ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Coop.va sociale Agenzia Interinale

Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale: _____

Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio _____

Qualifica ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Coop.va sociale Agenzia Interinale

Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale: _____

Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio _____

Qualifica ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Servizio prestato presso Aziende / Enti Privati

Denominazione e indirizzo dell'Azienda / Ente privato: _____

Qualifica di assunzione _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda / Ente privato: _____

Qualifica di assunzione _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda / Ente privato: _____

Qualifica di assunzione _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda / Ente privato: _____

Qualifica di assunzione _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

In questa sessione vengono inseriti:

- le esperienze professionali svolte come titolare di contratti di lavoro libero professionale / co.co.co./ co.co.pro. e Borse di Studio presso Aziende Sanitarie /Pubbliche Amministrazioni.
- i periodi di frequenza volontaria / stage e tirocinii formativi post diploma
- gli eventi formativi (convegni, congressi e corsi di aggiornamento)

Esperienze professionali svolte come titolare di contratti di lavoro libero professionale / co.co.co./ co.co.pro. e Borse di Studio presso Aziende Sanitarie /Pubbliche Amministrazioni

Indicare in modo preciso la denominazione e la sede dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione, il periodo svolto (indicando giorno/mese/anno di inizio e fine servizio), la tipologia dell'esperienza professionale svolta.

A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo titolo come nell'esempio

Incarico libero professionale Co.co.co. / Co.co.pro Borsa di studio

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: _____

Qualifica /mansione svolta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____
giorno mese anno giorno mese anno

Incarico libero professionale Co.co.co. / Co.co.pro Borsa di studio

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: _____

Qualifica /mansione svolta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____
giorno mese anno giorno mese anno

Incarico libero professionale Co.co.co. / Co.co.pro Borsa di studio

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: _____

Qualifica /mansione svolta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____
giorno mese anno giorno mese anno

Periodi di frequenze Volontarie / Stage / Tirocinii

Indicare in modo preciso la denominazione e la sede dell'Azienda/Ente, il periodo svolto (indicando giorno/mese/anno di inizio e fine servizio), la tipologia dell'esperienza professionale svolta.

A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo titolo come nell'esempio

Frequenza volontaria Stage Tirocinio

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: _____

Qualifica /mansione svolta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____
giorno mese anno giorno mese anno

Frequenza volontaria Stage Tirocinio

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: _____

Qualifica /mansione svolta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____
giorno mese anno giorno mese anno

Frequenza volontaria Stage Tirocinio

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: _____

Qualifica /mansione svolta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____
giorno mese anno giorno mese anno

Partecipazioni a Convegni, Congressi e Corsi di Agg.to

Elencare le singole partecipazioni a corsi e seminari, purchè abbiano finalità di formazione, di aggiornamento professionale e siano inerenti alla qualifica a selezione. Indicare per ogni evento il titolo, la durata, l'Ente organizzatore

A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo corso seguito

1) Corso dal titolo (per esteso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

Durata: fino a 3gg superiore a 3gg

uditore relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

2) Corso dal titolo (per steso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

Durata: fino a 3gg superiore a 3gg

uditore relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

3) Corso dal titolo (per steso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

Durata: fino a 3gg superiore a 3gg

uditore relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

4) Corso dal titolo (per steso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

Durata: fino a 3gg superiore a 3gg

uditore relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

5) Corso dal titolo (per steso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

Durata: fino a 3gg superiore a 3gg

uditore relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

6) Corso dal titolo (per steso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

Durata: fino a 3gg superiore a 3gg
 uditore relatore
Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

7) Corso dal titolo (per steso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

Durata: fino a 3gg superiore a 3gg
 uditore relatore
Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

8) Corso dal titolo (per steso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

Durata: fino a 3gg superiore a 3gg
 uditore relatore
Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

9) Corso dal titolo (per steso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

Durata: fino a 3gg superiore a 3gg
 uditore relatore
Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

10) Corso dal titolo (per steso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

Durata: fino a 3gg superiore a 3gg
 uditore relatore
Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

PUBBLICAZIONI / LAVORI SCIENTIFICI

Elencare le singole pubblicazioni edite a stampa indicando per ognuna titolo, autori, rivista scientifica. I singoli lavori devono essere allegati alla domanda in originale o in fotocopia con dichiarazione di conformità all'originale.

A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo corso seguito

1.
Titolo: _____

Autori: _____

Publicato su rivista scientifica _____
 articolo abstract case-report capitolo di libro altro _____

2.
Titolo: _____

Autori: _____

Publicato su rivista scientifica _____
 articolo abstract case-report capitolo di libro altro _____

Publicato su rivista scientifica _____

3.
Titolo: _____

Autori: _____

Publicato su rivista scientifica _____
 articolo abstract case-report capitolo di libro altro _____

Publicato su rivista scientifica _____

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato DPR n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR n. 445/2000),

Data _____

Firma _____