



Procedura selettiva finalizzata alla stabilizzazione del personale con contratto a tempo determinato in attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 06 marzo 2015 e del Decreto del Commissario ad Acta n. U00539 del 12 novembre 2015, per come modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00154 del 12 maggio 2016.

Per n° 50 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – INFERMIERE (cat. D)

Con deliberazione del Direttore Generale n. **570** del **28/07/2017** si è stabilito di indire procedura selettiva finalizzata alla stabilizzazione del personale con contratto a tempo determinato in attuazione del D.P.C.M. 06/03/2015 e del Decreto del Commissario ad Acta n. U00539/2015, per come modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00154/2016,

per la copertura a tempo indeterminato di:

n° 50 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – INFERMIERE (cat. D)

Le disposizioni che regolamentano l'indizione, l'espletamento, l'ammissione e la partecipazione dei concorrenti e la conclusione della presente procedura selettiva sono quelle previste dal Decreto del Presidente della Repubblica n. 487 del 09/03/1994, dal Decreto del Presidente della Repubblica n. 220 del 27/03/2001, dal Decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 28/12/2000, dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6/3/2015, dalla Legge regionale n. 14 del 14/08/2008, per come modificata dalla Legge regionale n. 4 del 02/04/2017, dai Decreti del Commissario ad Acta nn. U00503/2012, U00235/2013, U00478/2013, U00423/2013, U00539/2015, U00154/2016 e dalla circolare della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali prot. n. 306022 del 10/06/2016.

È garantita la pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso e per il trattamento sul lavoro.

Ai soggetti vincitori saranno applicate oltre alle disposizioni di legge vigenti, le norme contrattuali attualmente in vigore disciplinanti il trattamento giuridico ed economico.

1) REQUISITI GENERALI E SPECIFICI DI AMMISSIONE

Possono partecipare a tale procedura coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- a) cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea; per i cittadini di Paesi terzi è richiesto, ai fini dell'ammissione al concorso, il possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o il possesso dello status di rifugiato ovvero



dello status di protezione sussidiaria e la relativa documentazione probatoria deve essere prodotta all'atto di presentazione della domanda, pena l'esclusione;

- b) idoneità fisica all'impiego;
- c) Laurea in Infermieristica appartenente alla classe SNT1 (Professioni sanitarie Infermieristiche), ovvero Diploma Universitario di Infermiere conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3 del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. ovvero diplomi conseguiti in base al precedente ordinamento e riconosciuti equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni, al Diploma Universitario ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici ovvero titolo conseguito all'estero e riconosciuto equipollente a quello italiano con Decreto del Ministero della Salute (il decreto deve essere allegato alla domanda);
- d) iscrizione all'Albo professionale degli Infermieri;
- e) anzianità di servizio di almeno 3 anni alla data del 30 ottobre 2013 maturata nel quinquennio 30 ottobre 2008 – 30 ottobre 2013, con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato, anche non continuativo, alle dipendenze delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio, nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere (cat. D).

L'anzianità di servizio a tempo determinato maturata in regime di part-time sarà valutata secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

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

2) DOMANDA DI AMMISSIONE

La domanda di partecipazione al concorso, redatta in carata semplice, secondo lo schema di cui all'Allegato 1 al presente avviso, datata e firmata (senza necessità di autentica della firma), deve essere inviata al Direttore Generale della Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata" unicamente a mezzo posta elettronica certificata entro le ore 23.59 del 30° giorno successivo alla data di pubblicazione dell'estratto del presente bando nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

L'indirizzo cui dove essere inviata la domanda è il seguente: **stabilizzazione@ptvonline.postecert.it**

La validità dell'invio mediante PEC è subordinata all'utilizzo da parte dei candidati di casella di posta elettronica certificata personale. La domanda, debitamente sottoscritta e gli allegati devono essere inoltrati in un unico file in formato PDF.



Non sarà ritenuto valido, con conseguente esclusione dei candidati dalla procedura, l'invio di posta elettronica semplice/ordinaria, anche se effettuata all'indirizzo di posta certificata sopra indicato o l'invio tramite PEC intestate ad altre persone fisiche o giuridiche.

Qualora in considerazione dei titoli che si intendano presentare non sia possibile, per ragioni tecniche, inviare un unico file formato .pdf, sarà possibile inviare un archivio dei file aggregati in formato winzip o winrar, utilizzando i relativi programmi di uso quotidiano di compressione del peso di ogni file.

Qualora la scadenza del termine coincida con una giornata festiva, ovvero con la giornata del sabato, il termine stesso sarà prorogato alla giornata feriale successiva.

Si rende noto che le domande inviate prima della pubblicazione del presente bando nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana e quelle inviate dopo la data di scadenza non saranno ritenute valide.

L'Azienda declina ogni responsabilità per eventuale smarrimento della domanda o dei documenti trasmessi, nonché per il caso di dispersione dipendente dalla inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda non imputabili a colpa dell'Amministrazione.

Ai sensi dell'art. 24 del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. i dati forniti dai candidati saranno raccolti per le finalità di gestione della procedura selettiva e saranno trattati, anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

Nella domanda il candidato deve dichiarare, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, quanto di seguito indicato:

- 1) il cognome ed il nome;
- 2) la data, il luogo di nascita e la residenza;
- 3) il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- 4) il Comune nelle cui liste elettorali è iscritto ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- 5) le eventuali condanne penali riportate ovvero di non aver riportato condanne penali;
- 6) il possesso dei requisiti di cui alle lettere c) e d), con l'indicazione, per il titolo di studio, della data esatta di conseguimento, della sede e della denominazione completa della struttura presso la quale il titolo stesso è stato conseguito (in caso di conseguimento all'estero devono essere indicati gli estremi del riconoscimento rilasciato dalle autorità competenti);



- 7) la posizione nei riguardi degli obblighi militari;
- 8) i servizi prestati come dipendente presso pubbliche amministrazioni e le eventuali cause di cessazione di precedenti rapporti di pubblico impiego, con evidenziazione dei servizi prestati che danno diritto alla partecipazione al percorso di stabilizzazione ex D.P.C.M. 06/03/2015;
- 9) il possesso di eventuali titoli che danno diritto ad usufruire, a parità di valutazione, di riserve, precedenza o preferenze, come previsti dall'art. 5 del D.P.R. 09/05/1994, n. 487 e successive modificazioni ed integrazioni;
- 10) il numero dei figli a carico, indipendentemente dal fatto di essere coniugato o meno;
- 11) l'indirizzo di posta elettronica certificata presso il quale deve essere fatta, ad ogni effetto, ogni necessaria comunicazione ed il recapito telefonico;
- 12) la conformità delle fotocopie dei titoli e/o pubblicazioni, allegare alla domanda, agli originali in suo possesso (la presente dichiarazione deve essere resa qualora siano allegare alla domanda copie non autenticate di pubblicazioni o altri titoli).

L'omessa dichiarazione del possesso anche di uno solo dei requisiti prescritti per l'ammissione al concorso determina l'esclusione dalla procedura selettiva.

I beneficiari della Legge 05/02/1992, n. 104 devono specificare nella domanda di ammissione, qualora lo ritengano indispensabile, l'ausilio eventualmente necessario per l'espletamento delle prove di esame in relazione al proprio handicap nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi.

3) DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda, redatta ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, i concorrenti devono allegare, al fine della creazione dell'unico file in formato .pdf, quanto segue:

- a) fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- b) curriculum formativo e professionale in carta semplice, datato e firmato, redatto, ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. n. 445/2000, secondo lo schema di cui all'Allegato 2 al presente avviso;
- c) eventuali pubblicazioni, attinente al profilo per cui si procede, che si intendono sottoporre alla valutazione della commissione di cui il candidato è autore o coautore edite a stampa e presentate, trasmesse in formato .pdf;
- d) un elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli prodotti, datato e firmato.



I certificati e gli atti di notorietà devono essere sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000. Ogni dichiarazione deve contenere la clausola specifica che il candidato è consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci lo stesso incorre nelle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 oltre alla decadenza dai benefici eventualmente conseguiti. L'Azienda effettuerà in qualsiasi fase della procedura appositi controlli, anche a campione o qualora sorgano dei dubbi o delle incertezze in merito alle dichiarazioni sostitutive.

In caso di non veridicità delle dichiarazioni si determineranno l'esclusione dalla procedura, la decadenza dagli eventuali benefici conseguiti nonché la trasmissione degli atti alle competenti Autorità Giudiziarie, ai Collegi/Ordini, alle Amministrazioni di appartenenza.

Il controllo riguarderà anche il possesso dei requisiti previsti dal D.P.C.M. 06/03/2015 così come previsto dal D.C.A. n. U00539/2015, per come modificato dal D.C.A. n. U00154/2016.

Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni previsti dalla certificazione che sostituiscono. Non saranno oggetto di valutazione da parte della Commissione esaminatrice le dichiarazioni sostitutive rese in modo non corretto od incomplete.

In particolare, le dichiarazioni sostitutive rese per attestare i servizi prestati devono contenere, pena la non valutazione, l'esatta denominazione del datore di lavoro (azienda sanitaria, agenzia interinale, società cooperativa, struttura sanitaria privata convenzionata / non convenzionata), la qualifica o il profilo professionale, il tipo di rapporto di lavoro (a tempo determinato/indeterminato, a tempo pieno/parziale, con indicazione dell'impegno orario settimanale), la natura del rapporto (dipendente o autonomo), le date di inizio e fine del servizio e le eventuali interruzioni (indicando con precisione giorno, mese ed anno). Relativamente ai corsi di aggiornamento è necessario indicare l'ente che ha organizzato il corso, l'oggetto e la data di svolgimento dello stesso, l'eventuale superamento di esame finale.

Si porta a conoscenza dei concorrenti interessati che, ai sensi dell'art. 20, comma 2 del D.P.R. n. 220/2001 i periodi di effettivo servizio militare di leva, di richiamo alle armi, di ferma volontaria e di rafferma prestati presso le Forze Armate, ai sensi degli artt. 2050 e 2051 del D.Lgs. n. 66/2010, sono valutati con i corrispondenti punteggi previsti per i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni ove durante il servizio il candidato abbia svolto mansioni riconducibili al profilo di cui alla presente selezione ovvero con il minor punteggio previsto dal D.P.R. n. 220/2001 per profilo o mansioni diverse, ridotto del 50%.

4) VALUTAZIONE TITOLI E PROVE D'ESAME

La Commissione esaminatrice, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. n. 220/2001, dispone complessivamente di **100** punti così ripartiti:

- a) **40** punti per i titoli;



b) **60** punti per le prove d'esame.

Le prove d'esame, sono le seguenti:

- **PROVA SCRITTA:** costituita da almeno 5 domande a risposta sintetica vertenti sulla disciplina o sulla materia di competenza nonché da una domanda di organizzazione sanitaria, secondo quanto previsto dall'art. 6 del dispositivo del DCA n. U00154 del 12/05/2016;
- **COLLOQUIO ORALE:** vertente sugli argomenti della prova scritta nonché su elementi di informatica e sulla verifica della conoscenza di una lingua straniera a scelta tra inglese e francese.

La convocazione alle prove verrà comunicata mediante pubblicazione di apposito avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito web www.ptvonline.it - sezione "Concorsi e Avvisi / Concorsi e Avvisi Pubblici".

I candidati che non si presenteranno a sostenere la prova scritta nei giorni, nelle ore e nelle sedi stabilite saranno considerati rinunciatari alla procedura selettiva, qualunque sia la causa dell'assenza, anche se non dipendente dalla volontà dei medesimi.

Il superamento della prova scritta è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 21/30.

Il superamento del colloquio è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 21/30.

La Commissione, al termine delle prove di esame, formula la graduatoria di merito dei candidati. E' escluso dalla graduatoria il candidato che non abbia conseguito in ciascuna delle prove di esame la prevista valutazione di sufficienza.

5) **COMMISSIONE ESAMINATRICE**

La Commissione esaminatrice sarà nominata con atto del Direttore Generale nella composizione di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00539/2015, come modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00154/2016 e dalla circolare della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali Prot. n. 306022 del 10 giugno 2016.

6) **CONVOCAZIONE DEI CANDIDATI PER LE PROVE D'ESAME**

L'elenco dei candidati ammessi alla procedura selettiva verrà pubblicato sul sito web www.ptvonline.it - link "Concorsi e Avvisi / Concorsi e Avvisi Pubblici", nella sezione riguardante la presente selezione.



I candidati ammessi verranno convocati per sostenere la prova scritta non meno di quindici giorni prima della data fissata per la prova stessa mediante pubblicazione del calendario d'esame nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito web di cui sopra.

I candidati dovranno presentarsi per sostenere le prove d'esame muniti di documento d'identità valido a norma di legge.

I candidati che non si presenteranno a sostenere le prove d'esame nei giorni, nelle ore e nelle sedi stabilite saranno considerati rinunciatari, qualunque sia la causa dell'assenza, anche se non dipendente dalla volontà dei medesimi. Ai fini organizzativi non sarà possibile alcun cambiamento riferito ai giorni, ora e sede di esame rispetto a quello fissato nel calendario delle prove.

7) GRADUATORIA

La Commissione esaminatrice, al termine delle prove d'esame, formulerà la graduatoria di merito dei candidati. Sarà escluso dalla graduatoria il candidato che non avrà conseguito, in ciascuna delle prove d'esame, la prevista valutazione di sufficienza.

La graduatoria di merito dei candidati è formata secondo l'ordine dei punti della votazione complessiva riportata da ciascun candidato, con l'osservanza, a parità di punti, delle preferenze previste dall'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994 e successive modificazioni ed integrazioni.

La graduatoria sarà trasmessa dalla Commissione agli uffici amministrativi dell'Azienda per i provvedimenti di competenza.

Saranno dichiarati vincitori, nei limiti dei posti autorizzati, i candidati utilmente collocati nella graduatoria di merito, tenuto conto di quanto disposto da altre disposizioni di legge in vigore che prevedono riserve di posti in favore di particolari categorie di cittadini.

La graduatoria di merito sarà approvata con provvedimento del Direttore Generale e sarà immediatamente efficace. La graduatoria della procedura selettiva sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito web aziendale.

8) ADEMPIMENTI DEI VINCITORI

I candidati dichiarati vincitori dovranno prendere servizio, previa stipula del contratto individuale di lavoro, nel termine di 30 giorni dalla data di comunicazione, salvo giustificati motivi.

Nello stesso termine dovranno dichiarare, sotto la propria responsabilità, di non avere altri rapporti d'impiego pubblico o privato e di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dalle vigenti disposizioni in materia.



9) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 13, comma 1 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata" per le finalità di gestione del concorso e saranno trattati, anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento dei dati è obbligatorio per le finalità di cui sopra.

L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato decreto, tra i quali figura il diritto di accesso ai dati che lo riguardano nonché alcuni diritti complementari, tra cui il diritto di far rettificare, aggiornare, completare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti della Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata" titolare del trattamento.

10) DISPOSIZIONI VARIE

Per quanto non previsto dal presente bando valgono le disposizioni vigenti in materia.

L'Azienda si riserva la facoltà, per motivi legittimi, di prorogare, sospendere, modificare o revocare il bando della procedura selettiva.

Per informazioni in ordine all'ammissione al concorso, al calendario delle prove d'esame e all'esito delle stesse consultare il sito web www.ptvonline.it - link "Concorsi e Avvisi / Concorsi e Avvisi Pubblici", alla sezione della pagina riguardante la presente selezione, ove saranno rese disponibili appena possibile.

Per eventuali ulteriori informazioni i candidati potranno rivolgersi - dal lunedì al venerdì, dalle ore 11.00 alle ore 13.00 - al *Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali – U.O.C. Gestione del Personale* (Dirigente responsabile: Dr.ssa Eleonora Alimenti) c/o la Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata (viale Oxford, 81 00133 Roma), contattare i numeri telefonici 06.2090.0449/0124/0195/3332 ovvero scrivere alla casella PEC risorse.umane@ptvonline.postecert.it.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Tiziana Frittelli

ALLEGATO 1

**Al Direttore Generale
della Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata"
Viale Oxford, 81 – 00133 ROMA
stabilizzazione@ptvonline.postecert.it**

Il/la sottoscritto/a **COGNOME**..... **NOME**.....
nato/a a il
codice fiscale

residente in Prov. CAP

Via/Piazza n

recapiti telefonici

@mailPEC.....

Domicilio presso il quale inviare ogni comunicazione (*indicare unicamente se diverso dalla residenza*):

Via / Piazza n.....
Località Prov. CAP

Recapiti telefonici.....

Presa visione del bando emesso dalla **Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata"**, pubblicato sul **BURL n.**
_____ **del** _____ e, per estratto, sulla **G.U. della Repubblica Italiana n.**
_____ **del** _____

CHIEDE

di essere ammess___ a partecipare alla procedura selettiva finalizzata alla stabilizzazione del personale con contratto a tempo determinato in attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 marzo 2015 e del Decreto del Commissario ad Acta n. U00539 del 12 novembre 2015, per come modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00154 del 12 maggio 2016, **per n. 50 posti di Collaboratore Professionale Sanitario - INFERMIERE (cat. D).**

A tal fine, consapevole delle pene previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/00 per mendaci dichiarazioni e falsità in atti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del suddetto decreto, dichiara:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o della cittadinanza (1).....**OPPURE** di essere in una delle condizioni di cui alla lett. a) dell'art.1) "REQUISITI GENERALI E SPECIFICI DI AMMISSIONE" del bando e precisamente (2).....;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune (o Stato estero).... **OPPURE** di non essere iscritto nelle liste elettorale per il seguente motivo (3)
- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso **OPPURE** (4).....;



- di non essere stato licenziato da pubbliche amministrazioni ovvero dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di non aver riportato condanne che comportino l'interdizione dai pubblici uffici in base a sentenza passata in giudicato;
- di aver effettuato il servizio militare di leva oppure servizio civile dal ovvero di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di leva
- **di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione al concorso:**
 - **titolo di studio** conseguito presso sita in Vian....., in data (Per il titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del riconoscimento);
 - **iscrizione all'Albo professionale** di.....al n.....(in caso di iscrizione in Albo/Collegio di Paese dell'Unione Europea, indicare quale);
- **di essere in possesso dei requisiti previsti dal D.P.C.M. del 6 marzo 2015 e nello specifico:**
 - di aver maturato alla data del 30 ottobre 2013, negli ultimi cinque anni, almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, anche presso Aziende ed Enti della Regione Lazio diversi dalla Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata"** (dettagliare il servizio reso, indicando l'Azienda o l'Ente presso cui si è prestato servizio a tempo determinato; l'esatto profilo professionale rivestito, ivi compresa la disciplina di inquadramento; date iniziali e finali dei relativi periodi di attività; eventuali interruzioni come aspettativa senza retribuzione, sospensione cautelare, ecc.);
- **di avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni**(in tal caso specificare in maniera dettagliata indicando l'Azienda o Ente presso cui si è prestato servizio, la tipologia del rapporto di lavoro: dipendente a tempo indeterminato/determinato – contratto libero-professionale – contratto di collaborazione coordinata e continuativa ecc.; l'esatto profilo professionale rivestito; le date iniziali e finali dei relativi periodi di attività; eventuali interruzioni per aspettativa senza retribuzione, sospensione cautelare, ecc)... **OPPURE di non avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni;**
- **di essere in possesso dei seguenti titoli che conferiscono diritto a preferenza a parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994 e successive modificazioni ed integrazioni**
- **che le dichiarazioni rese sono documentabili;**
- **di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003;**
- **di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato nella domanda;**
- di essere titolare della casella di Posta Elettronica Certificata dalla quale è stata inviata la presente documentazione;



- che la lingua straniera prescelta è la seguente:
- di avere necessità del seguente ausilio per lo svolgimento delle prove d'esame in relazione al proprio handicap.....e dei seguenti tempi aggiuntivi (5);
- che il numero dei figli è il seguente:.....;
- di aver preso visione e di accettare incondizionatamente tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando;
- **di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, si incorre nelle sanzioni penali richiamate dal D.P.R. n. 445/2000 oltre alla decadenza dai benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere e che l'Azienda provvederà alla trasmissione degli atti alle competenti autorità giudiziarie, ai collegi/ordini, alle Amministrazioni di appartenenza.**

Allega:

- elenco datato e firmato di eventuali documenti e titoli presentati, numerati progressivamente in relazione al corrispondente titolo
- curriculum formativo e professionale datato e firmato, redatto in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000
- una fotocopia fronte retro di valido documento di identità

Data _____

Firma..... (6)

Note per la compilazione della domanda

- 1) *Specificare di quale Stato membro dell'Unione Europea.*
- 2) *Non avere la cittadinanza di uno Stato membro dell'U.E. ma di essere familiare, in possesso di diritto soggiorno o di diritto soggiorno permanente, di cittadino di uno stato membro dell'U.E.; di essere cittadino di Paesi Terzi con permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo; di essere titolare dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria.*
- 3) *In caso di non iscrizione o di cancellazione dalle liste indicarne i motivi.*
- 4) *In caso affermativo specificare le condanne riportate.*
- 5) *Indicare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap, per sostenere la prova scritta/pratica/orale, cui ha diritto ai sensi dell'art. 20 della Legge 5/2/1992, n. 104 ed allegare documentazione sanitaria probante.*
- 6) *La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata*



CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

formulato, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000, come dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

Il/La sottoscritto/a - Cognome..... **Nome**.....
nato a **Prov.**..... **il**
codice fiscale
residente in **Prov.**..... **CAP**
Via/Piazza **n**
PEC..... **e-mail**
recapiti telefonici – cell...... **tel. fisso**.....
in relazione alla procedura selettiva per n. **postoi di**

finalizzata alla stabilizzazione del personale con contratto a tempo determinato in attuazione del DPCM del 6 marzo 2015 e del DCA n. U00539 del 12/11/2015, come modificato dal DCA n. U00154 del 12/05/2016, presa visione del bando emesso dalla Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata", pubblicato sul B.U.R. Lazio n. del e, per estratto, sulla G.U. della Repubblica Italiana – IV Serie Speciale *Concorsi ed Esami* n. del

consapevole delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/00 per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del suddetto D.P.R., sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA**Mod. 1 - DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI STUDIO/ACCADEMICI**

ATTENZIONE: barrare le caselle che interessano e compilare

LAUREA IN
 conseguita presso
 sede legale Ateneo.....
 in datacon voto

Per i titoli conseguiti all'Estero specificare: (1)
 estremi riconoscimento n°.....rilasciato in datada

ALTRI TITOLI (2)
 Ente rilascio
 sede legale Ente.....
 in data.....con voto durata: in mesi con esame senza esame

Per i titoli conseguiti all'Estero specificare: (1)
 estremi riconoscimento n°.....rilasciato in datada

ALTRI TITOLI (2)
 Ente rilascio
 sede legale Ente.....
 in data.....con voto durata: in mesi con esame senza esame

Per i titoli conseguiti all'Estero specificare: (1)
 estremi riconoscimento n°.....rilasciato in datada



ALTRI TITOLI (2)

Ente rilascio

sede legale Ente.....

in data.....con voto durata: in mesi con esame senza esame

Per i titoli conseguiti all'Estero specificare: (1)

estremi riconoscimento n°.....rilasciato in datada

ALTRI TITOLI (2)

Ente rilascio

sede legale Ente.....

in data.....con voto durata: in mesi con esame senza esame

Per i titoli conseguiti all'Estero specificare: (1)

estremi riconoscimento n°.....rilasciato in datada

DI ESSERE ISCRITTO AL SEGUENTE ALBO

ALBO del Collegio provinciale diStato

n° di posizionedata iscrizione

se iscrizione ad Albo di altro Paese europeo specificare: (3)

Stato europeo di iscrizione

n° di posizione data iscrizione





Mod. 2 - DI ESSERE IN POSSESSO DELLE SEGUENTI ESPERIENZE LAVORATIVE

ATTENZIONE: barrare le caselle che interessano e compilare

- n. (apporre numero progressivo per ciascun titolo dichiarato)

Azienda/Ente

indirizzo sede legale

Tipo Azienda/Ente – specificare se:

- Azienda/Ente del Servizio Sanitario Nazionale Azienda/Ente privato convenzionato con il SSN
 altra Pubblica Amministrazione Azienda/Ente privato

Profilo di inquadramento

Unità Operativa (U.O.C./U.O.S.D./U.O.S./Servizio).....

Decorrenza rapporto: dal al

Tipo contratto specificare:

- contratto Dirigenza Medica del SSN contratto Medicina specialistica convenzionata (ACN)
 contratto libero professionale contratto di collaborazione coordinata e continuativa
 altro (specificare)

Tipologia rapporto di lavoro specificare:

- tempo indeterminato tempo determinato
 tempo pieno (specificare ore settimanali): n°ore part-time - specificare % PT:

Ove ricorrano interruzioni per aspettativa/congedo o altre assenze non retribuite, specificare di seguito

periodi di interruzione e motivazioni delle assenze:

dal al motivazione

dal almotivazione

Ove trattasi di servizio prestato presso Aziende /Enti del S.S.N., specificare se:

- ricorrono NON ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 DPR 761/79, ultimo comma

- n. (apporre numero progressivo per ciascun titolo dichiarato)

Azienda/Ente

Indirizzo

Tipo Azienda/Ente specificare:

- Azienda/Ente del Servizio Sanitario Nazionale Azienda/Ente privato convenzionato con il SSN
 altra Pubblica Amministrazione Azienda/Ente privato

Profilo di inquadramento

Unità Operativa (U.O.C./U.O.S.D./U.O.S./Servizio).....

Decorrenza rapporto: dal al

Tipo contratto specificare:

- contratto Dirigenza Medica del SSN contratto Medicina specialistica convenzionata (ACN)
 contratto libero professionale contratto di collaborazione coordinata e continuativa
 altro (specificare)

Tipologia rapporto di lavoro specificare:

- tempo indeterminato tempo determinato
 tempo pieno (specificare ore settimanali): n°ore part-time - specificare % PT:

Ove ricorrano interruzioni per aspettativa/congedo o altre assenze non retribuite, specificare di seguito

periodi di interruzione e motivazioni delle assenze:

dal al motivazione

dal almotivazione

Ove trattasi di servizio prestato presso Aziende /Enti del S.S.N., specificare se:

- ricorrono NON ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 DPR n. 761/79, ultimo comma

Mod. 2





Mod. 3 - DI ESSERE AUTORE/COAUTORE DELLE SEGUENTI PUBBLICAZIONI

ATTENZIONE: barrare le caselle che interessano e compilare

n. (apporte numero progressivo per ciascuna pubblicazione dichiarata e sulla rispettiva copia cartacea)

TITOLO

.....

.....

pubblicazione in lingua..... n. pagine..... - da pag. a pag.

data pubblicazione

quale: autore coautore

tipo pubblicazione: monografia articolo abstract

poster altro (specificare)

pubblicata su: rivista

scientific..... atti

Congresso..... altro

(specificare)

pubblicazione allegata alla presente in: originale copia conforme all'originale

n. (apporte numero progressivo per ciascuna pubblicazione dichiarata e sulla rispettiva copia cartacea)

TITOLO

.....

.....

pubblicazione in lingua..... n. pagine..... - da pag. a pag.

data pubblicazione

quale: autore coautore

tipo pubblicazione: monografia articolo abstract

poster altro (specificare)

pubblicata su: rivista

scientific..... atti

Congresso..... altro

(specificare)

pubblicazione allegata alla presente in: originale copia conforme all'originale

n. (apporte numero progressivo per ciascuna pubblicazione dichiarata e sulla rispettiva copia cartacea)

TITOLO

.....

.....

pubblicazione in lingua..... n. pagine..... - da pag. a pag.

data pubblicazione

quale: autore coautore

tipo pubblicazione: monografia articolo abstract

poster altro (specificare)

pubblicata su: rivista

scientific..... atti

Congresso..... altro

(specificare)

pubblicazione allegata alla presente in: originale copia conforme all'originale

Mod. 3





Mod. 4 - DI ESSERE IN POSSESSO DELLE SEGUENTI ESPERIENZE FORMATIVE

ATTENZIONE: barrare le caselle che interessano e compilare

DOCENZA

- n. (apporte numero progressivo per ciascun titolo dichiarato)

INSEGNAMENTO

Ente

indirizzo Ente.....

tipo Azienda/Ente, specificare se:

Istituzione Universitaria Scuola secondaria di II° Azienda/Ente S.S.N.

Altra P.A. Azienda/Ente privato

data/decorrenza: dal al

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO.....

durata: n. **ore** *ovvero* n. **mesi** *ovvero* n. **a.a./scol.**

- n. (apporte numero progressivo per ciascun titolo dichiarato)

INSEGNAMENTO

Ente

indirizzo Ente.....

tipo Azienda/Ente, specificare se:

Istituzione Universitaria Scuola secondaria di II° Azienda/Ente S.S.N.

Altra P.A. Azienda/Ente privato

data/decorrenza: dal al

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO.....

durata: n. **ore** *ovvero* n. **mesi** *ovvero* n. **a.a./scol.**

- n. (apporte numero progressivo per ciascun titolo dichiarato)

INSEGNAMENTO

Ente

indirizzo Ente.....

tipo Azienda/Ente, specificare se:

Istituzione Universitaria Scuola secondaria di II° Azienda/Ente S.S.N.

Altra P.A. Azienda/Ente privato

data/decorrenza: dal al

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO.....

durata: n. **ore** *ovvero* n. **mesi** *ovvero* n. **a.a./scol.**

Mod. 4





TIROCINIO e FREQUENZA

- n. (apporte numero progressivo per ciascun titolo dichiarato)

Specificare se: Volontaria Tirocinio Volontario Frequenza

Volontaria

Ente

indirizzo Ente

tipo Azienda/Ente, specificare se: Istituzione Universitaria Scuola secondaria di II°

altra P.A. Azienda/Ente S.S.N. Azienda/Ente privato

altro

data/decorrenza: dal al

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO.....

n. ore ovvero n. mesi ovvero n. anni

- n. (apporte numero progressivo per ciascun titolo dichiarato)

Specificare se: Volontaria Tirocinio Volontario Frequenza

Volontaria

Ente

indirizzo Ente

tipo Azienda/Ente, specificare se: Istituzione Universitaria Scuola secondaria di II°

altra P.A. Azienda/Ente S.S.N. Azienda/Ente privato

altro

data/decorrenza: dal al

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO.....

n. ore ovvero n. mesi ovvero n. anni

- n. (apporte numero progressivo per ciascun titolo dichiarato)

Specificare se: Volontaria Tirocinio Volontario Frequenza

Volontaria

Ente

indirizzo Ente

tipo Azienda/Ente, specificare se: Istituzione Universitaria Scuola secondaria di II°

altra P.A. Azienda/Ente S.S.N. Azienda/Ente privato

altro

data/decorrenza: dal al

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO.....

n. ore ovvero n. mesi ovvero n. anni



PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO

- n. (apporte numero progressivo per ciascun titolo dichiarato)

Titolo

tipo: corso di aggiornamento convegno congresso

seminario altro

data/decorrenza: dal al

Ente organizzatore

sede di svolgimento

in qualità di: uditore relatore senza esame con esame (voto)

specificare se: no ECM si ECM n. ECM

- n. (apporte numero progressivo per ciascun titolo dichiarato)

Titolo

tipo: corso di aggiornamento convegno congresso

seminario altro

data/decorrenza: dal al

Ente organizzatore

sede di svolgimento

in qualità di: uditore relatore senza esame con esame (voto)

specificare se: no ECM si ECM n. ECM

- n. (apporte numero progressivo per ciascun titolo dichiarato)

Titolo

tipo: corso di aggiornamento convegno congresso

seminario altro

data/decorrenza: dal al

Ente organizzatore

sede di svolgimento

in qualità di: uditore relatore senza esame con esame (voto)

specificare se: no ECM si ECM n. ECM

- n. (apporte numero progressivo per ciascun titolo dichiarato)

Titolo

tipo: corso di aggiornamento convegno congresso

seminario altro

data/decorrenza: dal al

Ente organizzatore

sede di svolgimento

in qualità di: uditore relatore senza esame con esame (voto)

specificare se: no ECM si ECM n. ECM

Mod. 4



Spazio riservato a dichiarazioni pertinenti ulteriori attività formative attinenti il profilo a selezione, non ricomprese nelle suddette voci, che il candidato ritenga utile dichiarare ai fini della valutazione:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto allega inoltre al presente Curriculum la seguente documentazione:

- copia di n° pubblicazioni edite a stampa, di cui è autore/coautore;
- copia della ricevuta n°di versamento del contributo di partecipazione al concorso di €10,00 (euro dieci/00);
- copia documentazione comprovante lo stato di invalidità e sua percentuale (4)
- copia documentazione comprovante il diritto alla precedenza e/o preferenza (5)

Il sottoscritto, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente dichiarazione e dei documenti ad essa allegati, incorrerà nelle sanzioni penali di cui al D.P.R. 445/2000 e nella decadenza dai benefici conseguiti in base alle dichiarazioni non veritiere nonché che l'Azienda provvederà alla trasmissione dei relativi atti alle autorità giudiziarie competenti, ai Collegi/Ordini ed alle eventuali amministrazioni di appartenenza, DICHIARA che quanto riportato nel presente Curriculum formativo e professionale formulato come dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà corrisponde al vero e che le copie ad esso allegare sono conformi agli originali in suo possesso.

Luogo e data _____

Firma _____

SI ALLEGA FOTOCOPIA FRONTE RETRO DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ



Note per la compilazione del Curriculum formativo e professionale formulato come dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà.

- (1) i titoli di studio conseguiti all'estero devono essere stati sottoposti ad una procedura di riconoscimento da parte del Ministero della Salute in base a quanto stabilito dal D.Lgs. 6 novembre 2007, n. 206;
- (2) es. Altra Laurea/Altra Specializzazione/Dottorato di ricerca/Master universitario di I° e II° livello/Perfezionamento;
- (3) l'iscrizione al corrispondente Albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio;
- (4) ai sensi di quanto previsto dall'art. 20 della legge 05/02/1992, n. 104, tale documentazione deve essere obbligatoriamente allegata dai candidati che abbiano richiesto nella domanda di partecipazione ausili e/o tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove in relazione al proprio handicap;
- (5) tale documentazione deve essere allegata dai soli candidati in possesso di titoli di precedenza/preferenza ex art. 5 D.P.R. n. 487/94 esclusivamente qualora necessaria a comprovare l'effettivo possesso di detti titoli.

ATTENZIONE: COMPILARE LA PRESENTE MODULISTICA BARRANDO LE CASELLE CHE INTERESSANO E INSERENDO I DATI RICHIESTI. QUALORA LO SPAZIO NON FOSSE SUFFICIENTE PER LE DICHIARAZIONI LA PRESENTE MODULISTICA POTRÀ ESSERE FOTOCOPIATA OVVERO RIPRODOTTA, SEGUENDONE OBBLIGATORIAMENTE LO SCHEMA.