

**DOMANDA**  
**PER UN POSTO DI FORMAZIONE NELL'AZIENDA SANITARIA DELL'ALTO ADIGE**

secondo L.P. n. 14/2002

**RICHIEDENTE**

Nome

Cognome

Nome

Residenza

Località

CAP

Via

N.

Essa/Egli chiede che eventuali comunicazioni gli/le vengano trasmesse al seguente recapito, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni

Contatto

Telefono

Fax

Email

Cellulare

Se essa/egli per 15 giorni non è rintracciabile sotto l'indirizzo/recapito telefonico indicato, essa/egli viene escluso dal presente concorso.

Codice fiscale

**RICHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico per titoli e colloquio per l'assegnazione del finanziamento di posti di formazione nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per medici specializzandi per la seguente specializzazione:

**Specificare la specializzazione desiderata:**

.....

In riferimento a quanto previsto dalle disposizioni vigenti la/il sottoscritta/o dichiara sotto la propria responsabilità che:

1. é cittadina/o .....
2. é residente in .....
3. di avere un'età non superiore ai 56 anni;
4. é in possesso della laurea in medicina e chirurgia, conseguita il ..... presso l'Università degli Studi di ..... con votazione .....
5. é in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico dal ..... (giorno/mese/anno);
6. é iscritta/o nell'albo professionale dell'ordine dei medici di ..... dal ..... (giorno/mese/anno);
7.  non é in possesso di alcun titolo di specializzazione medica  
 è già in possesso della/e seguente/i specializzazione/i medica/mediche .....

8. non fruisce di alcun altro emolumento, assegno, borsa di studio ovvero retribuzione risultante da rapporti di lavoro e s'impegna a comunicare immediatamente eventuali cambiamenti in merito, altrimenti viene escluso dal presente procedimento con l'obbligo di restituire il finanziamento del posto di formazione già percepito;
9.  è dipendente del servizio sanitario provinciale e che svolge la propria attività presso (indicare la relativa struttura): .....
- non è dipendente del servizio sanitario provinciale e svolge la propria attività a (indicare la relativa struttura): .....
10. che ha prestato i seguenti servizi in Italia o all'estero (indicare struttura, periodo/i con data di inizio e di fine servizio (giorno/mese/anno) - e qualifica rivestita, full-time o part-time);

struttura	inizio servizio	fine servizio	qualifica rivestita	full-time part time

11. che ha pubblicato i seguenti articoli o ricerche scientifiche (allegare l'originale o fotocopia autenticata);

articoli o ricerche scientifiche	Data pubblicazione	Ruolo (autore o co-autore)

12. che ha sostenuto ..... anni di formazione specialistica in merito alla specialità a cui aspira presso la struttura .....
13. che ha partecipato ai seguenti corsi, seminari, congressi ecc. (struttura organizzatrice, indicare il titolo, la data e il numero esatto di ore);

titolo evento	struttura organizzatrice	data	ore

14.  non è in possesso dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca riferito alla laurea.
- che è in possesso dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca riferito alla laurea, rilasciato dall'apposita commissione ai sensi degli artt. 3 e 4 del D.P.R. 26 luglio 1976, n. 752, e successive modifiche ovvero di un attestato dichiarato equipollente dalla Giunta provinciale;

15. che è inoltre in possesso dei seguenti titoli del curriculum formativo e professionale (p.e. volontariato)

struttura	ruolo	inizio servizio	fine servizio	ore

16.  che non ha riportato condanne penali e che non è sottoposto ai seguenti procedimenti penali

che ha riportato seguenti condanne penali o è sottoposto ai seguenti procedimenti penali: .....

17. che non si trova in nessuna delle condizioni, le quali non consentono la richiesta del contributo.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza di quanto previsto nelle modalità stabilite dalla Provincia riguardo agli impegni da assumere in caso di concessione del finanziamento del posto di formazione e ad eventuali decadenze dal diritto al medesimo ai sensi del presente bando.

**Si impegna a comunicare per iscritto tempestivamente eventuali variazioni, cessazioni o interruzioni durante il periodo di specializzazione.**

**8. Februar 2012**

Data

firma

**SEZIONE DOCUMENTAZIONE (da allegare alla domanda)**

<b>1</b>	<b>curriculum vitae</b> datato e firmato (data non anteriore a sei mesi),	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	<b>pubblicazioni e titoli scientifici</b> (rivista, titolo, data, numero edizione, qualifica professionale),	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	<b>copia carta di identità</b> valida o di un documento equivalente,	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	<b>elenco dei documenti</b> allegati redatto su carta semplice, firmato e datato, in duplice copia.	<input type="checkbox"/>

La documentazione allegata alla domanda deve essere prodotta in originale oppure in copia autenticata.

Per i titoli di studio acquisiti all'estero si attribuisce il punteggio minimo in mancanza del **voto complessivo certificato** dell'università per le/i laureate/i all'estero.

**Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003)**

Titolare dei dati è la Provincia Autonoma di Bolzano. I dati forniti verranno trattati dall'Amministrazione provinciale anche in forma elettronica, per l'applicazione della legge provinciale n. 14/2002. Responsabile del trattamento è il Direttore della ripartizione Sanità. Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento dei compiti amministrativi richiesti. In caso di rifiuto di conferimento dei dati richiesti non si potrà dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate. In base agli articoli 7-10 del D.Lgs. 196/2003 il/la richiedente ottiene con richiesta l'accesso ai propri dati, l'estrapolazione ed informazioni su di essi e potrà, ricorrendone gli estremi di legge, richiederne l'aggiornamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco.

**8. Februar 2012**

Data

firma