

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brescia

## **AVVISO PUBBLICO**

In esecuzione al Decreto del Direttore Generale dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia n. 412 del 26.08.2020, è indetto il **pubblico avviso, per soli titoli**, per la formazione di specifica graduatoria finalizzata all'affidamento di n. 3 incarichi a tempo determinato, per la durata di anni 1, nel profilo di

**Dirigente Medico appartenente alle discipline dell'Area di Sanità Pubblica o dell'Area Medica e delle Specialità Mediche da assegnare ai Servizi dell'ATS di Brescia per le attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia da "COVID-19"**

### ***Articolo 1 – Premessa***

#### **Riferimenti normativi**

Livello retributivo: C.C.N.L. Area Sanità nel tempo vigente.

Si precisa inoltre che la graduatoria potrà essere utilizzata dall'ATS Brescia in base alle necessità di volta in volta sussistenti in capo all'Agenzia.

La presenza del candidato in graduatoria non comporta l'insorgenza di interessi legittimi o diritti soggettivi in capo allo stesso circa la costituzione di rapporto di lavoro dipendente con ATS Brescia, in quanto gli stessi saranno instaurati in base alle esigenze dell'Agenzia.

Potranno accedere all'impiego coloro i quali siano in possesso dei seguenti requisiti che devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso per la presentazione delle domande di ammissione.

Il presente avviso verrà gestito nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 198 del 11 aprile 2006 che garantisce pari opportunità tra uomini e donne, nonché di quanto definito dal il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 in tema di privacy.

### ***Articolo 2 – Oggetto***

Pubblico avviso, per soli titoli, per la formazione di specifica graduatoria finalizzata all'affidamento di n. 3 incarichi a tempo determinato, per la durata di anni 1, nel profilo di Dirigente Medico appartenente alle discipline dell'Area di Sanità Pubblica o dell'Area Medica e delle Specialità Mediche, da assegnare ai Servizi dell'ATS di Brescia per far fronte alle attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia da "COVID-19"

### ***Articolo 3 - Requisiti di ammissione***

#### **Generali:**

- a) idoneità fisica all'impiego; tale idoneità deve essere piena ed incondizionata alle mansioni proprie del profilo contrattuale oggetto del presente avviso. L'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego – con osservanza delle norme in tema di categorie protette – è effettuato, prima dell'immissione in servizio dal Medico competente dell'Agenzia;
- b) b1. cittadinanza italiana, salvo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti. Sono equiparati ai cittadini italiani i cittadini della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano;  
*oppure*  
b2. cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;  
*oppure*

b3. familiari di cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea, non aventi la cittadinanza di uno Stato membro dell'Unione Europea, che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente (articolo 38, comma 1 del D.Lgs. 30.03.2001, n. 165, come modificato dall'articolo 7, comma 1, della Legge 06.08.2013, n. 97);

*oppure*

b4. cittadini di Paesi terzi all'Unione Europea che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (articolo 38, comma 3-bis del D.Lgs. 30.03.2001, n. 165, come modificato dall'articolo 7, comma 1, della Legge 06.08.2013, n. 97);

*oppure*

b5. cittadini di Paesi terzi all'Unione Europea che siano titolari dello status di "rifugiato" o di "protezione sussidiaria" (articolo 25 del D.Lgs. 19.11.2007, n. 251, come modificato dall'articolo 7, comma 2, della Legge 06.08.2013, n. 97, e articolo 38, comma 3-bis del D.Lgs. 30.03.2001, n. 165, come modificato dall'articolo 7, comma 1, della Legge 06.08.2013, n. 97).

Sono considerati familiari, secondo la Direttiva Comunitaria n. 2004/28/CE, il coniuge del migrante, i discendenti diretti di età inferiore a 21 anni a carico e quelli del coniuge, gli ascendenti diretti a carico e quelli del coniuge.

Per i cittadini non in possesso della cittadinanza italiana, la Commissione Esaminatrice accerterà l'adeguata conoscenza della lingua italiana, come prescritto dal D.P.C.M. 7 febbraio 1994, n. 174 "Regolamento recante norme sull'accesso dei cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea ai posti di lavoro presso le amministrazioni pubbliche".

- c) godimento dei diritti civili e politici; non possono accedere agli impieghi pubblici coloro che sono stati esclusi dall'elettorato politico attivo.

Come previsto dall'articolo 3, comma 6, della legge 15.05.1997, n. 127, la partecipazione all'avviso non è soggetta a limiti di età.

### **Specifici:**

I candidati dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:

- **Diploma di Laurea (DL) in "Medicina e Chirurgia"** (di cui agli ordinamenti non ancora riformulati ai sensi del decreto ministeriale n. 509 del 1999). Tale laurea è stata equiparata, con D.M. 05.05.2004, alla sottodescritta classe delle Lauree Specialistiche (LS) di cui al D.M. 28 novembre 2000 e al D.M. 12 aprile 2001

*oppure*

**Diploma di Laurea Specialistica** nella "**Classe delle lauree specialistiche in medicina e chirurgia**" **CLS-46/S** (D.M. 28 novembre 2000 e D.M. 12.04.2001);

Qualora il Diploma di laurea specialistica non indichi la classe di appartenenza, l'interessato è tenuto a richiedere all'Ateneo che ha rilasciato il titolo apposita dichiarazione contenente l'indicazione della classe di laurea;

*oppure*

**Diploma di Laurea Magistrale** (D.M. 22 ottobre 2004, n. 270) nella classe **LM- 41 Medicina e Chirurgia** (ciclo unico esennale di Medicina da 360 CFU).

Qualora il Diploma di laurea magistrale non indichi la classe di appartenenza, l'interessato è tenuto a richiedere all'Ateneo che ha rilasciato il titolo apposita dichiarazione contenente l'indicazione della classe di laurea.

- **Specializzazione nella disciplina oggetto dell'avviso o in discipline equipollenti od affini.**

Ai sensi dell'art. 1, commi 547, 548 e 548 bis, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021" come modificato dal D.L. n. 35 del 30.04.2019 convertito in legge n. 60 del 25.06.2019 e ss.m.ii., possono partecipare anche i medici regolarmente iscritti a partire dal terzo anno del corso di specializzazione nella disciplina bandita e collocati, all'esito positivo delle medesime procedure, in graduatoria separata.

- **Iscrizione all'ordine professionale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri;** l'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione all'avviso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo professionale in Italia prima dell'assunzione in servizio.

I suddetti requisiti specifici, conseguiti all'estero, saranno considerati utili purché riconosciuti equipollenti a quelli italiani dagli organi competenti ai sensi della normativa vigente in materia. A tal fine nella domanda di partecipazione all'avviso dovranno essere indicati, a pena di esclusione, gli estremi del provvedimento di riconoscimento dell'equipollenza al corrispondente requisito italiano in base alla normativa vigente.

Le equipollenze devono sussistere alla data di scadenza del pubblico avviso.

#### **Articolo 4 – Esclusione**

Non possono accedere alla presente procedura:

- coloro che siano esclusi dall'elettorato attivo politico nonché coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione, ovvero licenziati a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo contratto collettivo per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- coloro che hanno subito condanne penali relative a reati contro la Pubblica Amministrazione. In tal caso, l'Agenzia procederà alla valutazione di tali condanne al fine di accertare, secondo un consolidato indirizzo giurisprudenziale (C.d.S., IV, 20 gennaio 2006, n. 130; C.d.S., VI, 17 ottobre 1997, n. 1487; T.A.R. Lazio, III, 2 aprile 1996, n. 721), la gravità dei fatti penalmente rilevanti, dai quali può desumere l'eventuale inesistenza dei requisiti di idoneità morale ed attitudine ad espletare attività presso una pubblica amministrazione; l'Agenzia si riserva di valutare, a suo insindacabile giudizio, se le sentenze penali riportate, la sottoposizione a misure di sicurezza, ovvero i procedimenti penali in corso risultino ostativi all'ammissione;
- coloro che siano in possesso di un titolo di studio diverso da quello prescritto dal presente avviso.

#### **Articolo 5 - Modalità di presentazione della domanda**

Per la partecipazione all'avviso pubblico, gli aspiranti devono **inoltrare all'A.T.S. di Brescia**, secondo una delle sottoindicate modalità, apposita domanda firmata, in carta semplice – da formularsi **utilizzando obbligatoriamente il fac-simile allegato al presente avviso - entro e non oltre le ore 12,00 del ventesimo giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso** sull'Albo on-line. Qualora detto giorno sia festivo, il termine di scadenza è prorogato alla stessa ora del primo giorno successivo non festivo.

Detto termine di scadenza è perentorio e non si terrà conto delle domande, dei documenti e dei titoli inoltrati, qualunque ne sia la causa, dopo la chiusura dell'avviso.

Il mancato rispetto, da parte dei candidati, del termine sopra indicato per l'inoltro delle domande comporterà la non ammissione al presente avviso pubblico.

Non sarà presa in considerazione, in nessun caso, l'eventuale documentazione integrativa inoltrata oltre i termini di presentazione prescritti dal presente avviso.

L'avviso e la relativa modulistica saranno resi tempestivamente disponibili anche sul sito web dell'A.T.S. di Brescia ([www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it)), nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Le modalità ammesse di inoltro della domanda di partecipazione all'avviso sono le seguenti:

- **a mezzo del servizio postale pubblico oppure privato** (a ciò legittimato solo in forza della licenza individuale e dell'autorizzazione generale rilasciata dal Ministero delle Comunicazioni), con plico indirizzato al Direttore Generale dell'A.T.S. di Brescia - Viale Duca degli Abruzzi n. 15 - 25124 Brescia. Le domande si considerano prodotte in tempo utile se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro e non oltre il termine indicato. A tal fine, fa fede il timbro, la data e l'ora dell'ufficio postale accettante. In questo caso si considerano comunque pervenute fuori termine, qualunque ne sia la causa, le domande presentate al servizio postale in tempo utile e recapitate a questa A.T.S. oltre 2

giorni dal termine di scadenza (qualora detto giorno cada di sabato o sia festivo, il termine di scadenza è prorogato alla stessa ora del primo giorno successivo non festivo);

*oppure*

- **direttamente**, a cura e responsabilità dell'interessato, presso l'**Ufficio Protocollo** dell'A.T.S. di Brescia - Viale Duca degli Abruzzi n. 15 – 25124 Brescia (orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 08,30 alle ore 12,00 e dalle ore 14,00 alle ore 16,30) entro e non oltre il termine indicato. In tal caso, il candidato potrà richiedere all'ufficio del protocollo ricevuta comprovante l'avvenuta presentazione della domanda tramite **apposizione di timbro datario sulla copia del solo frontespizio della domanda**, in possesso del candidato.

*oppure*

- fatto salvo il rispetto di tutte le altre prescrizioni previste dal presente avviso, la trasmissione della domanda in formato elettronico, da effettuarsi **esclusivamente all'indirizzo mail [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)**, potrà avvenire con le seguenti modalità:
  1. trasmissione, **via posta elettronica certificata** di un **unico file** sottoscritto **con firma digitale** del candidato;
  2. trasmissione, **via posta elettronica certificata**, anche non personale del candidato, della **scansione in un unico file del documento sottoscritto con firma autografa del candidato**, con allegata scansione di un valido **documento di identità** del candidato.

Si precisa che, nel caso in cui il candidato scelga di presentare la domanda tramite PEC, come sopra descritto, il termine ultimo di invio da parte dello stesso, a pena di esclusione, resta comunque fissato nelle ore 12,00 del giorno di scadenza dell'avviso. L'invio della e-mail tramite PEC senza allegati equivarrà a mancata presentazione della domanda di partecipazione, qualora il candidato non provveda ad un nuovo invio entro le ore 12,00 del giorno di scadenza dell'avviso. E' infatti onere del candidato verificare la regolarità dell'invio degli allegati della PEC. In caso di utilizzo del servizio di PEC per l'invio dell'istanza, questo equivale automaticamente ad elezione di domicilio informatico per eventuali future comunicazioni da parte dell'A.T.S. di Brescia nei confronti del candidato (articolo 3-bis del C.A.D.). In altri termini, l'indirizzo di PEC diventa il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'A.T.S. di Brescia.

Non verrà considerata quale domanda di partecipazione alla procedura concorsuale la PEC inviata priva di files allegati o inviata con files illeggibili.

L'Agenzia, con provvedimento motivato, dispone in ogni momento l'esclusione degli istanti privi dei requisiti di partecipazione previsti dal presente avviso.

**Le anzidette modalità di presentazione della domanda e della documentazione di ammissione all'avviso, per il candidato che intenda avvalersene, si intendono tassative. Non saranno ammesse altre modalità di presentazione oltre a quelle prescritte dal presente avviso.**

L'Agenzia declina fin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dovute a inesatte indicazioni del recapito da parte dell'istante oppure a mancata o ritardata comunicazione del cambiamento dell'indirizzo, o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa. Parimenti l'Agenzia non risponde del mancato recapito o smarrimento della domanda di partecipazione imputabile a terzi, caso fortuito o di forza maggiore.

#### **Articolo 6 – Domanda di ammissione**

Nella domanda di partecipazione all'avviso pubblico, debitamente sottoscritta, l'istante, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, deve dichiarare, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000:

- le generalità, la data, il luogo di nascita, la residenza (con indicazione dell'indirizzo), il codice fiscale e la partita I.V.A. se posseduta;

- il possesso della cittadinanza italiana, salvo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti;
  - oppure*
  - della cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
    - oppure*
    - lo *status* di familiari di cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea, non aventi la cittadinanza di uno Stato membro dell'Unione Europea, che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente (articolo 38, comma 1 del D.Lgs. 30.03.2001, n. 165, come modificato dall'articolo 7, comma 1, della Legge 06.08.2013, n. 97);
      - oppure*
      - della cittadinanza di Paesi terzi all'Unione Europea con titolarità del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (articolo 38, comma 3-*bis* del D.Lgs. 30.03.2001, n. 165, come modificato dall'articolo 7, comma 1, della Legge 06.08.2013, n. 97);
        - oppure*
        - della cittadinanza di Paesi terzi all'Unione Europea con titolarità dello *status* di "rifugiato" o di "protezione sussidiaria" (articolo 25 del D.Lgs. 19.11.2007, n. 251, come modificato dall'articolo 7, comma 2, della Legge 06.08.2013, n. 97, e articolo 38, comma 3-*bis* del D.Lgs. 30.03.2001, n. 165, come modificato dall'articolo 7, comma 1, della Legge 06.08.2013, n. 97);
  - il Comune d'iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime (per i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea sarà valida la dichiarazione, rilasciata dal competente ufficio estero, della situazione corrispondente all'ordinamento dello Stato di appartenenza);
  - le eventuali condanne penali riportate ed i procedimenti penali in corso. **Le eventuali condanne penali** devono essere indicate anche qualora sia intervenuta l'estinzione della pena o sia stato concesso il perdono giudiziale, la sospensione condizionale della pena, o sia stato accordato il beneficio della non menzione della condanna nel certificato generale del Casellario Giudiziale. Nel caso di procedimenti penali in corso, l'Agenzia accerterà, secondo un consolidato indirizzo giurisprudenziale (C.d.S., IV, 20 gennaio 2006, n. 130; C.d.S., VI, 17 ottobre 1997, n. 1487; T.A.R. Lazio, III, 2 aprile 1996, n. 721), la gravità dei fatti penalmente rilevanti, dai quali potrà desumere una valutazione circa l'esistenza dei requisiti di idoneità morale ed attitudine ad espletare attività di pubblico impiegato. Nel caso in cui il candidato non si trovi nelle predette situazioni dovrà dichiarare espressamente l'assenza di condanne e di procedimenti penali in corso;
  - di non appartenere alla categoria dei soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza;
  - di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione o dichiarato decaduto, ovvero licenziato a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo contratto collettivo nazionale di lavoro;
  - l'assenza di procedimenti disciplinari ovvero i procedimenti disciplinari subiti negli ultimi 2 anni (indicare l'esito) o pendenti;
  - il possesso del titolo di studio richiesto per l'accesso al posto indicandone la tipologia (esatta denominazione), la data, la sede, la denominazione completa dell'istituto di conseguimento (per i candidati che hanno conseguito i titoli di studio presso Istituti esteri devono essere dichiarati gli estremi del provvedimento di equipollenza al titolo di studio italiano richiesto dal presente avviso);
  - gli ulteriori titoli di studio posseduti, che saranno valutati dalla Commissione Esaminatrice, in relazione all'attinenza al profilo richiesto, conformemente a quanto stabilito dal presente avviso;
  - l'iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri;
  - la posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soli istanti di sesso maschile nati prima del 31 dicembre 1985);
  - i servizi prestati presso Enti Pubblici, Enti Privati Accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale, Aziende Private Non Accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, nel profilo professionale oggetto dell'avviso pubblico o con mansioni equipollenti di pari livello, specificando per ciascuno:
    - a. l'Amministrazione presso la quale si presta e si è prestato servizio;
    - b. il profilo professionale, l'eventuale qualifica/mansione, la categoria/livello di inquadramento;

- c. la data (gg/mese/anno) di inizio e fine di ogni periodo di servizio, dedotti gli eventuali periodi di aspettativa senza assegni fruiti per i quali non si è maturata anzianità di servizio;
- d. le ore di servizio settimanali;
- e. la tipologia di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo);
- f. le eventuali cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego.

Il servizio prestato all'estero non può essere autocertificato, a meno che lo stesso risulti trascritto in pubblici registri in Italia.

Per il servizio prestato presso Aziende private dovrà essere allegata idonea documentazione probatoria.

- i titoli che danno diritto alla precedenza o preferenza nella nomina, a parità di punteggio, ai fini dell'applicazione del D.P.R. 487/94, (come successivamente modificato ed integrato), opportunamente documentati;
- il domicilio presso il quale devono essere fatte eventuali comunicazioni relative all'avviso pubblico. In caso di utilizzo del servizio di PEC per l'invio dell'istanza, questo equivale automaticamente ad elezione di domicilio informatico per eventuali future comunicazioni da parte dell'Agenzia nei confronti dell'istante;
- di accettare incondizionatamente tutte le indicazioni e prescrizioni contenute nel presente avviso.

La domanda deve essere sottoscritta dall'istante. Per quanto disposto dall'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 non è richiesta l'autenticazione della domanda.

Per i cittadini di cui ai punti c.3, c.4, c.5 del presente avviso (paragrafo Requisiti di ammissione) i requisiti di partecipazione dovranno essere comprovati in conformità all'articolo 3 commi 2,3,4 del D.P.R. n. 445/2000.

#### **Articolo 7 - Documenti da allegare alla domanda di partecipazione**

A seguito della modifica (operata dall'articolo 15, comma 1, delle Legge 12.11.2011, n. 183) dell'articolo 40 del D.P.R. n. 445/2000, questa Agenzia non può più accettare, né richiedere certificati rilasciati da pubbliche amministrazioni in ordine a stati, qualità personali e fatti del candidato, che quindi devono essere autocertificati dal cittadino ai sensi degli articoli 46 (*Dichiarazioni sostitutive di certificazioni*) e 47 (*Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà*) del D.P.R. n. 445/2000.

Pertanto, **non si terrà conto dei certificati rilasciati da pubbliche amministrazioni** che il cittadino ritenesse di allegare alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico.

Si terrà conto unicamente delle autocertificazioni eseguite dal cittadino nelle forme di legge (contenenti tutti i dati contenuti nei certificati originali, come se fossero stati rilasciati); ciò in quanto la vigente normativa considera le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati.

Alla domanda devono essere allegati, in aggiunta agli elementi autodichiarati nella domanda di partecipazione all'avviso pubblico, i seguenti elementi:

1. Dichiarazioni sostitutive di certificazioni ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 445/2000 formulate distintamente per:
  - Titoli di Studio conseguiti (scheda n. 1);
  - Eventi formativi frequentati, attinenti al profilo oggetto del presente avviso, negli ultimi 5 anni (scheda n. 5);
2. Dichiarazioni sostitutive di certificazioni ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 445/2000 formulate distintamente per:
  - Servizi presso Enti Pubblici (scheda n. 2);
  - Servizi presso Enti Privati Accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale (scheda n. 3);
  - Servizi presso Aziende Private Non Accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale (scheda n. 4).

Gli anzidetti servizi, prestati a qualunque titolo, per essere oggetto di valutazione da parte della Commissione Esaminatrice, dovranno essere svolti nel profilo e categoria oggetto del presente avviso (o nella categoria C per i servizi svolti prima dell'1.9.2001), o nei corrispondenti profili di altre Amministrazioni/Aziende.

- Attività didattica, attinente al profilo oggetto del presente avviso, negli ultimi 5 anni (scheda n. 6);
3. Pubblicazioni, attinenti al profilo oggetto del presente avviso, negli ultimi 5 anni (scheda n. 7). Le pubblicazioni possono essere prodotte in originale (nel caso in cui le pubblicazioni siano state pubblicate solo negli specifici e riconosciuti siti internet scientifici, il candidato alleggerà la relativa stampa) o copia autenticata ai sensi di legge o in copia semplice con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, di cui all'unità scheda 7, che ne attesti la conformità all'originale. Esse devono essere edite a stampa, non manoscritte, né dattiloscritte, né poligrafate.
  4. Curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato dal concorrente. Il curriculum ha unicamente uno scopo informativo generale; le attività ivi dichiarate saranno oggetto di valutazione da parte della Commissione solo se debitamente autocertificate dal cittadino mediante la modulistica di cui al presente avviso.
  5. Elenco dei documenti presentati.
  6. Copia del proprio documento personale d'identità, in corso di validità.
  7. Ricevuta del versamento della **tassa di partecipazione all'avviso pubblico dell'importo di € 7,00**, in ogni caso non rimborsabile, a favore dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia da effettuarsi, con indicazione della causale "**Tassa di partecipazione all'avviso per Dirigente Medico- COVID 19**", tramite:
    - c/c postale n. 13707252 intestato all'A.T.S. di Brescia – Servizio Tesoreria;  
*oppure*
    - c/c bancario n. 58919 UBI Banca S.p.A. - intestato all'A.T.S. di Brescia – IBAN IT29C03111121000000058919.

L'eventuale riserva di invio dei documenti successivamente alla scadenza dell'avviso è priva di effetto.

Non saranno prese in considerazione autocertificazioni incomplete o non redatte in conformità alle prescrizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000. Non sono autocertificabili i certificati medici e sanitari.

Le dichiarazioni sostitutive di cui agli uniti moduli non necessitano dell'autenticazione secondo quanto disposto dall'articolo 39 del D.P.R. n. 445/2000. Ai sensi dell'articolo 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000 la domanda e le dichiarazioni sostitutive sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

In relazione alle sanzioni previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci, particolare cura dovrà essere posta dal candidato nella compilazione delle autocertificazioni, che dovranno contenere gli elementi richiesti, al fine di poter essere valutate, qualora attinenti al profilo oggetto del presente avviso. Ciò anche a tutela dell'interesse del candidato a che siano valutati i titoli oggetto di autocertificazione.

In particolare, il candidato decade automaticamente dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato dall'Agenzia sulla base delle false dichiarazioni del candidato (articolo 75 "*Decadenza dei benefici*" del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii.). Nel caso in specie il candidato decadrà dalla graduatoria finale adottata dall'Agenzia nonché dall'eventuale assunzione presso questa Agenzia qualora risultassero sue false dichiarazioni.

Si rammenta inoltre che in base all'articolo 76 "*Norme penali*" del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Infatti, le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii, sono considerate come rese a pubblico ufficiale.

L'Agenzia, in conformità agli articoli 71 "*Modalità dei controlli*" e 72 "*Responsabilità dei controlli*" del D.P.R. n. 445/2000, è tenuta ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.

Si ricorda che, per essere considerate valide, le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie previste dalla certificazione che sostituiscono. La Commissione Esaminatrice non prenderà in considerazione, ai fini dell'attribuzione dell'eventuale punteggio, dichiarazioni incomplete.

Nella domanda di partecipazione all'avviso pubblico, il concorrente dovrà dichiarare, a pena di esclusione, di accettare senza riserve tutte le prescrizioni del presente avviso, di legge e di regolamento in vigore ed eventuali modificazioni che potranno essere disposte con effetto anteriore alla conclusione dell'avviso pubblico.

E' invece implicito, ai sensi di legge, il consenso al trattamento dei dati per le esigenze necessarie all'espletamento della procedura in argomento.

Non è consentito il riferimento a documenti presentati a questa Agenzia in altre circostanze.

### **Articolo 8 - Criteri di valutazione dei titoli**

La Commissione Esaminatrice dispone complessivamente di 20 punti, così ripartiti:

|                                        |          |
|----------------------------------------|----------|
| - titoli di carriera                   | punti 10 |
| - titoli accademici e di studio        | punti 3  |
| - pubblicazioni e titoli scientifici   | punti 3  |
| - curriculum formativo e professionale | punti 4; |

Ai fini della valutazione dei curricula/titoli presentati dai candidati ammessi, si precisa che la Commissione, dopo aver valutato i titoli di carriera secondo la normativa vigente, valuterà i restanti elementi curriculari e ogni altro titolo presentato dai candidati, esclusivamente sulla base della specifica attinenza rispetto al profilo professionale e al tipo di attività da svolgere.

Eventuali comunicazioni ai candidati verranno rese tramite avvisi pubblicati sul sito web di ATS Brescia.

Gli elementi curriculari di valutazione che la Commissione utilizzerà in relazione al profilo professionale da ricoprire e alle funzioni da svolgere in Agenzia, con le limitazioni di cui al punto precedente, saranno i seguenti, così come dichiarati dal candidato nella domanda e nelle apposite schede, previste dal presente avviso, compilate in fase di presentazione della domanda di partecipazione, riguardanti:

- Titoli di Studio conseguiti (scheda n. 1); il titolo di studio richiesto per l'ammissione non è valutabile; gli ulteriori titoli posseduti dal candidato verranno valutati soltanto se attinenti al profilo amministrativo oggetto dell'avviso;
- Servizi presso Enti Pubblici (scheda n. 2); verranno valutati unicamente i servizi prestati presso le P.A. nel ruolo tecnico;
- Servizi presso Enti Privati Accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale (scheda n. 3); verranno valutati unicamente i servizi prestati nel ruolo tecnico;
- Servizi presso Aziende Private Non Accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale (scheda n. 4); verranno valutati unicamente i servizi prestati nel ruolo tecnico;
- Eventi formativi, attinenti al profilo, negli ultimi 5 anni (scheda n. 5);
- Attività didattica, attinente al profilo, negli ultimi 5 anni (scheda n. 6);
- Pubblicazioni, attinenti al profilo, negli ultimi 5 anni (scheda n. 7).

Si richiamano le prescrizioni anzidette per quanto riguarda la valutazione dei servizi prestati.

Non verranno considerate le attività attinenti al profilo (anche per borse di studio), i servizi prestati e gli eventi formativi svolti antecedentemente al conseguimento del titolo di studio richiesto per l'ammissione all'avviso pubblico, le idoneità in precedenti concorsi/avvisi pubblici/avvisi di mobilità e le attività di volontariato. Sono fatti salvi i servizi di dipendenza presso Enti Pubblici e privati accreditati nel profilo oggetto dell'avviso.

### **Articolo 9 - Ammissione all'avviso**

L'Agenzia, con determinazione dirigenziale del Direttore del Servizio Gestione Personale e Sviluppo Professionale che rimarrà pubblicata per 15 giorni sul sito internet dell'A.T.S. di Brescia [www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it) nella sezione "Pubblicità legale", procederà all'ammissione dei candidati le cui domande siano pervenute nei termini prescritti e siano in possesso dei requisiti generali e specifici previsti dal presente avviso. Con lo stesso provvedimento si procederà altresì all'eventuale esclusione dei candidati non in possesso dei predetti requisiti, ai quali verrà inviata formale e motivata comunicazione di non ammissione.

### **Articolo 10 – Graduatorie e durata dell'incarico**

Verranno formulate dalla Commissione Esaminatrice due distinte graduatorie:

1. candidati che hanno già conseguito, alla data di scadenza del presente avviso, la specializzazione prescritta per l'inquadramento nella disciplina del presente avviso ai quali verrà conferito **un incarico della durata di un anno;**



2. candidati medici specializzandi regolarmente iscritti a partire dal terzo anno del corso di formazione specialistica che non hanno ancora conseguito, alla data di scadenza del presente avviso, la specializzazione prescritta per l'inquadramento nella disciplina del presente avviso, ai quali verrà conferito **un incarico della durata di un anno con orario a tempo parziale, in ragione delle esigenze formative. Il contratto non potrà avere durata superiore alla durata residua del corso di formazione specialistica.**

L'Agenzia, nella formulazione delle graduatorie, terrà conto di quanto disposto dall'articolo 3, comma 7, della Legge 15.06.1997, n. 127, come modificato dall'articolo 2 della Legge 16.06.1998, n. 191, che ha disposto, che "se due o più candidati ottengono, a conclusione delle operazioni di valutazione dei titoli e delle prove d'esame, pari punteggio, è preferito il candidato più giovane d'età." Tale criterio risulta anteposto anche ai criteri di preferenza, a parità di punteggio, di cui all'articolo 5, comma 5 (figli a carico e lodevole servizio), del D.P.R. n. 487/1994, sempre che siano stati dichiarati espressamente nella domanda di partecipazione all'avviso e documentati nelle forme previste dalla legge.

Nella formulazione della graduatoria dei medici specializzandi, il periodo di frequenza della scuola di specializzazione, in analogia con quanto previsto dal D.Lgs. n. 368/99 e ss.mm.ii. per i medici in formazione specialistica a tempo pieno, sarà valutato tra i titoli di carriera come servizio prestato.

Le graduatorie degli idonei del presente avviso, una volta formalizzate con Decreto del Direttore Generale, verranno altresì pubblicate sul sito web dell'A.T.S. di Brescia ([www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it)) nella sezione "Amministrazione Trasparente" criptando debitamente i dati anagrafici dei candidati in osservanza alle disposizioni in tema di tutela della privacy.

Le graduatorie rimarranno valide per un biennio dalla data di approvazione da parte dell'Agenzia. La pubblicazione (per 15 giorni sul sito internet dell'Agenzia [www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it) nella sezione "Pubblicità legale") del Decreto del Direttore Generale di approvazione delle graduatorie finali vale ad ogni effetto quale notifica ai candidati della posizione ottenuta in graduatoria.

#### ***Articolo 11 - Ritiro documenti e pubblicazioni***

I candidati dovranno provvedere, a loro spese, al ritiro dei documenti e delle pubblicazioni allegati alle domande, non prima che siano trascorsi, senza ricorsi da parte degli aventi interesse, 60 giorni dalla data di approvazione della graduatoria finale di merito e non oltre un anno dalla data della suddetta approvazione. Trascorso tale termine senza che vi abbiano provveduto, documenti e pubblicazioni verranno inviati al macero.

#### ***Articolo 12 - Norme finali***

L'Agenzia si riserva il diritto di prorogare i termini, sospendere, modificare o annullare il presente avviso, a suo insindacabile giudizio, senza obbligo di comunicarne i motivi, anche in relazione all'esito, qualora positivo, delle procedure di mobilità ex artt. 34 e 34-bis del D.Lgs. n. 165/2001.

Ai sensi dell'art. 113 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003, integrato con le modifiche introdotte dal D.Lgs. 10.08.2018 e Regolamento U.E. 2016/679, si informa che i dati personali raccolti con il presente avviso saranno utilizzati esclusivamente per finalità connesse al procedimento per il quale sono stati acquisiti. Potranno essere comunicati ad altra P.A. o diffusi solo nei casi previsti da leggi o da regolamenti. La comunicazione ad altra P.A. è inoltre consentita quando è comunque necessaria per lo svolgimento di funzioni istituzionali. Inoltre, in relazione al trattamento dei dati personali, l'interessato ha diritto ad ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco de dati trattati in violazione di Legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali.

**Per quanto non previsto dal presente avviso, si fa espresso rinvio al "Regolamento per l'accesso dall'esterno al rapporto di lavoro di pubblico impiego presso l'ATS di Brescia" approvato con decreto D.G. n. 35 del 26.01.2018, reperibile sul sito internet dell'Agenzia [www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it), nella sezione "Agenzia - Regolamenti e Protocolli dell'Agenzia", alla normativa specificata in premessa e alle relative norme di rinvio.**

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Servizio Gestione Personale e Sviluppo Professionale dell'Agencia di Tutela della Salute di Brescia – Edificio n. 12 – Viale Duca degli Abruzzi n. 15 – Brescia - Telefono 030.383.8387 (orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 08,30 alle ore 12,00).

Firmato digitalmente dal  
Direttore del  
Servizio Gestione Personale e  
Sviluppo Professionale  
Dott. Bruno Galetti

AL DIRETTORE GENERALE  
 AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE  
 DI BRESCIA  
 VIALE DUCA DEGLI ABRUZZI N. 15  
25124 - B R E S C I A

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per soli titoli, per la formazione di specifica graduatoria finalizzata all'affidamento di n.3 incarichi a tempo determinato, per la durata di anni 1, nel profilo di **Dirigente Medico appartenente alle discipline dell'Area di Sanità Pubblica o dell'Area Medica e delle Specialità Mediche, da assegnare ai Servizi dell'ATS di Brescia per le attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia da "COVID-19"**, indetto in esecuzione al decreto del D.G. n. 412 del 26.08.2020 (pubblicato sul sito web dell'A.T.S. di Brescia ([www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it)), nella sezione "Pubblicità Legale - Altri documenti" in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020 prot. n. \_\_\_\_\_)

Il/La sottoscritto/a .....  
 chiede di partecipare all'avviso pubblico in oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445:

1. che il proprio cognome è:.....
2. che il proprio nome è:.....
3. di essere nato/a nel seguente Stato.....  
 Comune di nascita.....(Prov.....) il...../...../.....
4. di essere anagraficamente residente nel seguente Stato:.....  
 Comune di residenza..... (Prov.....)  
 cap .....Via..... n.....
5. che il proprio stato civile è .....
6. che il proprio codice fiscale è
7.  di possedere il seguente numero di partita IVA:

**oppure**

di non possedere partita IVA

8. di possedere (**barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata**):

la cittadinanza italiana

**oppure**

la cittadinanza del seguente Stato dell'Unione Europea:.....

**oppure**

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.**:.....  
 titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente (indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....  
 rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

e di essere altresì **familiare** (indicare vincolo di parentela.....)  
**del seguente cittadino membro dell'UE:**  
 cognome.....

nome.....  
luogo di nascita.....stato estero di nascita.....  
data di nascita.....  
Stato di residenza anagrafica ..  
indirizzo di residenza anagrafica ..

**oppure**

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.:**.....  
titolare del seguente **permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo**  
(indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....  
rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

**oppure**

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.:**.....  
titolare del seguente permesso di soggiorno rilasciato per lo **status di "rifugiato"** (indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....  
rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

**oppure**

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.:**.....  
titolare del seguente permesso di soggiorno rilasciato per lo **status di "protezione sussidiaria"** (indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....  
rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

9. di essere (**barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata**):

iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di.....(Prov.....)

**ovvero**

non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi.....  
.....

**ovvero**

iscritto/a nelle liste elettorali nel seguente Stato estero, come da dichiarazione rilasciata dal competente ufficio dello Stato estero, che si allega alla presente domanda

10.  di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

**ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di essere a conoscenza di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali:  
.....

11.  di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

**ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di aver riportato le seguenti condanne penali e/o di essere stato destinatario dei seguenti provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa:  
.....

12.  di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari negli ultimi 2 anni e di non aver procedimenti disciplinari pendenti;

**ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di essere stato sottoposto ai seguenti procedimenti disciplinari, negli ultimi 2 anni, e/o di essere attualmente sottoposto ai seguenti procedimenti disciplinari:

.....

13. di essere nella seguente posizione agli effetti militari:

non tenuto all'espletamento

dispensato

riformato

con servizio svolto dal

Data inizio (gg/mm/aa): ...../...../..... Data fine (gg/mm/aa):...../...../.....

in qualità di.....

*(indicare grado/qualifica)*

presso .....

**Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445:**

14. di essere fisicamente idoneo all'impiego, consapevole che la parziale o condizionata idoneità alle funzioni del profilo di cui al presente avviso di avviso, a giudizio del medico Competente dell'Agenzia, comporta l'impossibilità di instaurazione del rapporto di lavoro con l'Agenzia;

15. di non essere stato destituito o dispensato dal Servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

16. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di .....  
al n.....dal (gg/mm/aa).....

17. di possedere la **patente** di tipo ..... n.....  
rilasciata da..... in data.....

18.  di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

Data inizio (gg/mm/aa): ...../...../..... Data fine (gg/mm/aa):...../...../.....

Data inizio (gg/mm/aa): ...../...../..... Data fine (gg/mm/aa):...../...../.....

**ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di non di aver fruito di periodi di aspettativa senza assegni

19.  di appartenere alla seguente **categoria riservataria**:

Militari di truppa delle Forze armate, congedati senza demerito dalle ferme contratte anche al termine o durante le rafferme (art. 1014, c. 3, del D.Lgs. 66/2010 - Codice dell'ordinamento militare);

Ufficiale di complemento in ferma biennale o ufficiale in ferma prefissata che hanno completato senza demerito la ferma contratta (art. 678, c.9, del D.Lgs. 66/2010);

**ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di non appartenere alla predetta categoria riservataria

20.  di appartenere alle seguenti categorie con diritto a precedenza/preferenza a parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994): .....

.....

**ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)**

di non appartenere a categorie con diritto a precedenza/preferenza a parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994)

Il/La sottoscritto/a allega inoltre, come prescritto dall'avviso di avviso pubblico, le seguenti schede, che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente domanda (**barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata**):

- scheda n. 1** autodichiarazione relativa al possesso dei titoli di studio, composta da n. \_\_\_\_ fogli;
- scheda n. 2** autodichiarazione relativa al servizio effettivo prestato presso gli Enti Pubblici, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli;
- scheda n. 3** autodichiarazione relativa al servizio effettivo prestato presso altri Enti Privati Accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli;
- scheda n. 4** autodichiarazione relativa al servizio effettivo prestato presso Aziende Private Non Accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli;
- scheda n. 5** autodichiarazione relativa alla partecipazione agli eventi formativi, composta da n. \_\_\_\_ fogli;
- scheda n. 6** autodichiarazione relativa alle attività di docenza, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli;
- scheda n. 7** relativa alle pubblicazioni edite a stampa, composta da n. \_\_\_\_ fogli.

Il/La sottoscritto/a **dichiara**, inoltre, di accettare tutte le indicazioni e prescrizioni contenute nell'avviso di mobilità.

Il/La sottoscritto/a **dichiara**, altresì, di eleggere il seguente domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni eventuale comunicazione, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive ed esonerando l'A.T.S. di Brescia da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità (fermo restando che in caso di invio della presente domanda tramite PEC equivale automaticamente a elezione di domicilio informatico ad ogni effetto):

Sig./Sig.ra.....

presso.....

Via..... n. ....

Frazione .....

del Comune di ..... (Prov. ....)

c.a.p.....Telefono .....Cellulare.....

indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC).....

indirizzo di Posta Elettronica .....

Allega alla presente domanda l'elenco dei documenti e dei titoli presentati.

Luogo,..... data .....

-----  
Firma

***N.B.: Nel caso in cui la presente domanda non venga presentata personalmente all'Ufficio, andrà allegata copia di un valido documento di riconoscimento.***

**Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.**

Il sottoscritto allega fotocopia fronte-retro del documento di identità .....  
rilasciato da..... in data .....

**Sottoscrizione in presenza del dipendente addetto - A.T.S. di Brescia  
Servizio Gestione Personale e Sviluppo Professionale**

Attesto che il dichiarante Sig. ...., identificato tramite ..... (indicare se "conoscenza personale" o indicare gli estremi del documento di riconoscimento), ammonito in merito alle conseguenze di chi rende dichiarazioni mendaci, ha reso e sottoscritto in mia presenza la suesposta dichiarazione.

Luogo....., data .....

IL FUNZIONARIO INCARICATO

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile e qualifica)

---

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per soli titoli, per la formazione di specifica graduatoria finalizzata all'affidamento di n. 3 incarichi a tempo determinato, per la durata di anni 1, nel profilo di profilo di Dirigente Medico appartenente alle discipline dell'Area di Sanità Pubblica o dell'Area Medica e delle Specialità Mediche, da assegnare ai Servizi dell'ATS di Brescia per le attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia da "COVID-19"**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a..... il....., in relazione all'avviso pubblico anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di essere in possesso dei seguenti **titoli di studio** (barrare solo le caselle di interesse):

Diploma di:

- Laurea (DL) in "Medicina e Chirurgia"** (di cui agli ordinamenti non ancora riformulati ai sensi del decreto ministeriale n. 509 del 1999)
- Laurea Specialistica (LS) nella "Classe delle lauree specialistiche in medicina e chirurgia" CLS-46/S** (D.M. 28.11.2000 e D.M. 12.04.2001)
- Diploma di Laurea Magistrale** (D.M. 270/2004) nella classe **LM- 41 "Medicina e Chirurgia"**

conseguito in data.....

presso.....

**(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)**

Nel caso in cui il titoli di studio risulti conseguito all'estero allegare il provvedimento ministeriale di riconoscimento di equipollenza al corrispondente titolo di studio italiano.

- Diploma di specializzazione in ..... indirizzo (qualora previsto)..... orientamento (qualora previsto)..... conseguito in data..... anno accademico inizio corso spec...../..... presso l'Università.....

**(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)**

Barrare la casella qualora la specializzazione sia stata conseguita ai sensi del D.L.vo 08.08.1991, n. 257 ed indicare la durata della specializzazione n..... anni (solo per i medici)

Barrare la casella qualora la specializzazione sia stata conseguita ai sensi del D.L.vo 17.08.1999, n. 368 ed indicare la durata della specializzazione n..... anni (solo per i medici)

- Medico in formazione specialistica iscritto al ..... anno (..... anno) del corso di specializzazione in ..... durata legale del corso di specializzazione:..... anni. Data inizio corso spec.ne..... indirizzo (qualora previsto)..... orientamento (qualora previsto)..... presso l'Università.....

**(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)**

Nel caso in cui il titoli di studio risulti conseguito all'estero allegare il provvedimento ministeriale di riconoscimento di equipollenza al corrispondente titolo di studio italiano.

Foglio n... di .....

(firma).....

**Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.**

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.



**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per soli titoli, per la formazione di specifica graduatoria finalizzata all'affidamento di n. 3 incarichi a tempo determinato, per la durata di anni 1, nel profilo di Dirigente Medico appartenente alle discipline dell'Area di Sanità Pubblica o dell'Area Medica e delle Specialità Mediche, da assegnare ai Servizi dell'ATS di Brescia per le attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia da "COVID-19"**

Il/La sottoscritto/a.....  
 nato/a a.....il.....,  
 in relazione all'avviso pubblico anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di **aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso Enti Pubblici** come risulta dai riquadri sottostanti (indicare i periodi con esattezza senza arrotondamenti; i periodi generici non verranno valutati):

**(in caso di più servizi utilizzare più moduli)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Azienda / Ente.....<br>Indirizzo Azienda / Ente.....<br>Profilo professionale di inquadramento.....<br>..... livello.....<br>Disciplina.....<br>Da (gg/mm/aa inizio) ...../...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi) ...../...../.....<br>n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale) .....(indicare la percentuale oraria)<br>Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) .....<br>Causa di risoluzione rapporto di lavoro.....<br><small>Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio:.....</small> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Azienda / Ente.....<br>Indirizzo Azienda / Ente.....<br>Profilo professionale di inquadramento.....<br>..... livello.....<br>Disciplina.....<br>Da (gg/mm/aa inizio) ...../...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi) ...../...../.....<br>n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale) .....(indicare la percentuale oraria)<br>Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) .....<br>Causa di risoluzione rapporto di lavoro.....<br><small>Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio:.....</small> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

il servizio prestato all'estero non può essere autocertificato, a meno che lo stesso risulti trascritto in pubblici registri in Italia, nel qual caso indicare gli estremi del provvedimento di trascrizione in Italia:  
 .....

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei predetti servizi da parte della Commissione Esaminatrice.

**Foglio n..... di ..... (firma).....**

**Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.**

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per soli titoli, per la formazione di specifica graduatoria finalizzata all'affidamento di n. 3 incarichi a tempo determinato, per la durata di anni 1, nel profilo di profilo di Dirigente Medico appartenente alle discipline dell'Area di Sanità Pubblica o dell'Area Medica e delle Specialità Mediche, da assegnare ai Servizi dell'ATS di Brescia per le attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia da "COVID-19"**

Il/La sottoscritto/a.....  
 nato/a a.....il....., in  
 relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici",  
 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni  
 sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace  
 e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.  
 445, di **aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso Enti Privati Accreditati con il Servizio  
 Sanitario Nazionale** come risulta dai riquadri sottostanti (indicare i periodi con esattezza senza arrotondamenti; i  
 periodi generici non verranno valutati):

**(in caso di più servizi utilizzare più moduli)**

Azienda / Ente.....  
 Indirizzo Azienda / Ente.....  
 Profilo professionale di inquadramento.....  
 .....livello.....  
 Disciplina.....  
 Da (gg/mm/aa inizio) ...../...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi) ...../...../.....  
 n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale) .....(indicare la percentuale oraria)  
 Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione  
 professionale di lavoro autonomo) .....  
 Causa di risoluzione rapporto di lavoro.....  
 Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere  
 ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio:.....  
 **Si allega copia fotostatica della documentazione comprovante l'attività svolta, sottoscritta sul retro,  
 composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero**

Azienda / Ente.....  
 Indirizzo Azienda / Ente.....  
 Profilo professionale di inquadramento.....  
 .....livello.....  
 Disciplina.....  
 Da (gg/mm/aa inizio) ...../...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi) ...../...../.....  
 n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale) .....(indicare la percentuale oraria)  
 Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione  
 professionale di lavoro autonomo) .....  
 Causa di risoluzione rapporto di lavoro.....  
 Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere  
 ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio:.....  
 **Si allega copia fotostatica della documentazione comprovante l'attività svolta, sottoscritta sul retro,  
 composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero**

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non  
 considerazione dei predetti servizi da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n..... di ..... (firma).....

**Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.**

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

---

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per soli titoli, per la formazione di specifica graduatoria finalizzata all'affidamento di n. 3 incarichi a tempo determinato, per la durata di anni 1, nel profilo di Dirigente Medico appartenente alle discipline dell'Area di Sanità Pubblica o dell'Area Medica e delle Specialità Mediche, da assegnare ai Servizi dell'ATS di Brescia per le attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia da "COVID-19"**

Il/La sottoscritto/a.....il....., in relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di **aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso Aziende Private Non Accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale** come risulta dai riquadri sottostanti (indicare i periodi con esattezza senza arrotondamenti; i periodi generici non verranno valutati):

**(in caso di più servizi utilizzare più moduli)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Azienda / Ente.....<br>Indirizzo Azienda / Ente.....<br>Profilo professionale di inquadramento.....<br>..... livello.....<br>Disciplina.....<br>Da (gg/mm/aa inizio) ...../...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi) ...../...../.....<br>n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale) .....(indicare la percentuale oraria)<br>Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) .....<br>Causa di risoluzione rapporto di lavoro.....<br><small>Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio:.....</small><br><input type="checkbox"/> <b>Si allega copia fotostatica della documentazione comprovante l'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Azienda / Ente.....<br>Indirizzo Azienda / Ente.....<br>Profilo professionale di inquadramento.....<br>..... livello.....<br>Disciplina.....<br>Da (gg/mm/aa inizio) ...../...../..... A (gg/mm/aa fine, o a tutt'oggi) ...../...../.....<br>n. ore sett.li.....(indicare se tempo pieno / tempo parziale) .....(indicare la percentuale oraria)<br>Tipo di rapporto di lavoro (indicare se rapporto di dipendenza, somministrazione, CO.CO.CO, collaborazione professionale di lavoro autonomo) .....<br>Causa di risoluzione rapporto di lavoro.....<br><small>Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. Nel caso ricorrano le suddette condizioni, precisare la misura di riduzione del punteggio:.....</small><br><input type="checkbox"/> <b>Si allega copia fotostatica della documentazione comprovante l'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei predetti servizi da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n..... di ..... (firma).....

**Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.**

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per soli titoli, per la formazione di specifica graduatoria finalizzata all'affidamento di n. 3 incarichi a tempo determinato, per la durata di anni 1, nel profilo di profilo di Dirigente Medico appartenente alle discipline dell'Area di Sanità Pubblica o dell'Area Medica e delle Specialità Mediche, da assegnare ai Servizi dell'ATS di Brescia per le attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia da "COVID-19"**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a..... il....., in relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di **avere partecipato, negli ultimi 5 anni, ai seguenti eventi formativi attinenti al profilo** come risulta dai riquadri sottostanti:

**(in caso di più eventi utilizzare più moduli)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Evento Formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop).....<br>Titolo Evento .....<br>in qualità di (relatore/partecipante) .....<br>Organizzato da.....<br><div style="text-align: center; font-size: small;">(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)</div> Sede Evento.....<br>in data (data svolgimento corso) ..... per complessivi giorni ..... per complessive ore .....<br><input type="checkbox"/> Trattasi di evento formativo svolto non presso enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestato finale, sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero ..... |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Evento Formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop).....<br>Titolo Evento .....<br>in qualità di (relatore/partecipante) .....<br>Organizzato da.....<br><div style="text-align: center; font-size: small;">(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)</div> Sede Evento.....<br>in data (data svolgimento corso) ..... per complessivi giorni ..... per complessive ore .....<br><input type="checkbox"/> Trattasi di evento formativo svolto non presso enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestato finale, sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero ..... |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei predetti eventi formativi da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n..... di ..... (firma).....

---

**Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.**

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

---

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per soli titoli, per la formazione di specifica graduatoria finalizzata all'affidamento di n. 3 incarichi a tempo determinato, per la durata di anni 1, nel profilo di profilo di Dirigente Medico appartenente alle discipline dell'Area di Sanità Pubblica o dell'Area Medica e delle Specialità Mediche, da assegnare ai Servizi dell'ATS di Brescia per l'emergenza epidemiologica da "COVID-19"**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a.....il.....,  
in relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di **avere svolto, negli ultimi 5 anni, la seguente attività didattica attinente al profilo** come risulta dai riquadri sottostanti:

**(in caso di più attività didattiche utilizzare più moduli)**

|                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo di attività didattica.....                                                                                                                                                                                                                    |
| Titolo Corso.....                                                                                                                                                                                                                                  |
| Organizzato da.....<br>(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)                                                                                                                                                      |
| Destinatari del corso.....                                                                                                                                                                                                                         |
| in data (data svolgimento corso) .....                                                                                                                                                                                                             |
| per complessivi giorni ..... per complessive ore .....                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Trattasi di attività svolta non presso enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestazione riferita all'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero ..... |

|                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo di attività didattica.....                                                                                                                                                                                                                    |
| Titolo Corso.....                                                                                                                                                                                                                                  |
| Organizzato da.....<br>(denominazione completa ed indirizzo dell'ente/società organizzatrice)                                                                                                                                                      |
| Destinatari del corso.....                                                                                                                                                                                                                         |
| in data (data svolgimento corso) .....                                                                                                                                                                                                             |
| per complessivi giorni ..... per complessive ore .....                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Trattasi di attività svolta non presso enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestazione riferita all'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero ..... |

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione della predetta attività didattica da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n..... di ..... (firma).....

---

**Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.**

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

---

**Allegato parte integrante e sostanziale alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per soli titoli, per la formazione di specifica graduatoria finalizzata all'affidamento di n. 3 incarichi a tempo determinato, per la durata di anni 1, nel profilo di profilo di Dirigente Medico appartenente alle discipline dell'Area di Sanità Pubblica o dell'Area Medica e delle Specialità Mediche, da assegnare ai Servizi dell'ATS di Brescia per le attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia da "COVID-19"**

Il/La sottoscritto/a.....  
 nato/a a.....il.....,  
 in relazione all'avviso anzidetto, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di **essere stato autore, negli ultimi 5 anni, delle seguenti pubblicazioni attinenti al profilo**, come risulta dai riquadri sottostanti:

**(in caso di più pubblicazioni utilizzare più moduli)**

|                                                                                                                                                                            |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Tipo di pubblicazione (indicare se libro, abstract, poster).....                                                                                                           |                                                                |
| Titolo della pubblicazione.....                                                                                                                                            |                                                                |
| Indicare se AUTORE o COAUTORE .....                                                                                                                                        |                                                                |
| Pubblicato da (indicare nome Rivista o Casa Editrice).....                                                                                                                 |                                                                |
| Anno di pubblicazione.....                                                                                                                                                 | Riproduzione per intero/per estratto, da pag. .... a pag. .... |
| Vedi <b>allegato n.....</b> : <input type="checkbox"/> originale <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> copia fotostatica conforme all'originale (art. 19 D.P.R. 445/2000) |                                                                |

|                                                                                                                                                                            |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Tipo di pubblicazione (indicare se libro, abstract, poster).....                                                                                                           |                                                                |
| Titolo della pubblicazione.....                                                                                                                                            |                                                                |
| Indicare se AUTORE o COAUTORE .....                                                                                                                                        |                                                                |
| Pubblicato da (indicare nome Rivista o Casa Editrice).....                                                                                                                 |                                                                |
| Anno di pubblicazione.....                                                                                                                                                 | Riproduzione per intero/per estratto, da pag. .... a pag. .... |
| Vedi <b>allegato n.....</b> : <input type="checkbox"/> originale <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> copia fotostatica conforme all'originale (art. 19 D.P.R. 445/2000) |                                                                |

|                                                                                                                                                                            |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Tipo di pubblicazione (indicare se libro, abstract, poster).....                                                                                                           |                                                                |
| Titolo della pubblicazione.....                                                                                                                                            |                                                                |
| Indicare se AUTORE o COAUTORE .....                                                                                                                                        |                                                                |
| Pubblicato da (indicare nome Rivista o Casa Editrice).....                                                                                                                 |                                                                |
| Anno di pubblicazione.....                                                                                                                                                 | Riproduzione per intero/per estratto, da pag. .... a pag. .... |
| Vedi <b>allegato n.....</b> : <input type="checkbox"/> originale <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> copia fotostatica conforme all'originale (art. 19 D.P.R. 445/2000) |                                                                |

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione delle predette pubblicazioni da parte della Commissione Esaminatrice.

Foglio n..... di ..... (firma).....

**Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.**

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione alla presente procedura, di cui la presente scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.