



Al Magnifico Rettore
Università degli Studi
"Aldo Moro"
BARI

ISTANZA RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
e residente in _____ via _____ N. _____
c.a.p. _____ tel. _____ / _____ cell.: _____
laureato/a in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di _____
il _____ con voti _____ abilitato/a presso l'Università degli studi di _____
nella _____ sessione dell'anno _____ con voti _____.

CHIEDE

per l'A.A. 2010/2011 di partecipare al concorso di ammissione alla Scuola di Specializzazione in:

_____ dell'Area funzionale _____

Dichiara altresì:

- 1) di aver preso visione del bando di concorso e di essere a conoscenza che non verrà data comunicazione personale della data degli esami di ammissione e che l'unico mezzo di pubblicità sarà il diario degli esami incluso nel bando di concorso affisso all'albo dell'Area Scuole di specializzazione dell'Area sanitaria, medico-chirurgica e veterinaria - 1° piano, piazza Umberto n.1, Università degli Studi di Bari, nonché sul sito internet: www.uniba.it
- 2) di avvalersi dei benefici previsti dall'art. 35 del Dlgs 17/08/99, n. 368 perché trovati nella seguente posizione (barrare la casella corrispondente)
 - medico dipendente Ministero della Difesa
 - medico dipendente di ruolo del S.S.N.;
 - medico dipendente enti/istituti contemplati nell'art. 15 undecies del D. Lgs. n° 229/1999.
- 3) di avvalersi dei benefici previsti dall'art. 1 della legge 14/01/1999, n° 4 perché trovati nella seguente posizione :
 - cittadino extracomunitario con borsa di studio
- 4) di avvalersi dei benefici previsti dalla legge n° 271/2004 perché trovati nella seguente posizione:
 - cittadino extracomunitario in possesso dei requisiti di cui all'art. 6 del bando di concorso.

Bari, _____

Firma



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a informato/a che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti, dichiara che i dati riguardanti la propria persona sono i seguenti:

Il/la sottoscritto/a _____

Data e luogo di nascita _____

Codice fiscale _____ Cittadinanza _____

Indirizzo presso cui inviare comunicazioni:

Dichiara altresì:

1) di aver discusso la tesi di laurea in: _____

2) di aver superato i sottoindicati esami con la votazione indicata a fianco di ciascuno di essi .

N.B. (saranno valutati solo gli esami in numero di 7 , riportati nell'allegato A del bando di concorso):

3) eventuali pubblicazioni a stampa o lavori in extenso accettati da riviste scientifiche attinenti la specializzazione :

4) attività elettive o equipollenti attinenti la specializzazione svolte all'interno del percorso formativo del corso di laurea:

Bari, _____

Firma dell'interessato

N.B. : Si fa presente che l'Università è tenuta a procedere ad idonei controlli, anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- 1) RICEVUTA DI VERSAMENTO € 45,00 (NON RIMBORSABILE) SU C.C.P. N. 8706 INTESTATO ALL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI CON CAUSALE : TASSA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO .
- 2) FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.
- 3) ATTESTATO DI SERVIZIO DA CUI RISULTI LO STATUS CHE DA' DIRITTO AL POSTO AGGIUNTIVO RISERVATO (SOLO PER I MEDICI DI RUOLO DIPENDENTI DEL S.S.N., MEDICI MILITARI) RILASCIATO DALLA DIREZIONE SANITARIA DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA, IN CUI DEVE ESSERE ESPlicitATO LA QUALIFICA RICOPERTA DAL MEDICO DIPENDENTE, LE ATTIVITA' DI SERVIZIO SVOLTE E L'AUTORIZZAZIONE A CONSENTIRE IL MEDICO A SVOLGERE L'ATTIVITA' FORMATIVA PRESSO LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE SCELTA, DURANTE L'ORARIO DI SERVIZIO (ART. 5 BANDO DI CONCORSO). INOLTRE, NEL PREDETTO ATTESTATO DEVE RISULTARE L'INTERESSE PREMINENTE DELL'AMMINISTRAZIONE A CHE IL DIPENDENTE CONSEGUA LA SPECIALIZZAZIONE RICHIESTA, OLTRE ALLA INESISTENZA DI QUALSIASI RAPPORTO CONVENZIONALE CON L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI.
- 4) AUTOCERTIFICAZIONE , RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000,(PER I CANDIDATI NON ANCORA ABILITATI) IN CUI SI DICHIARA DI CONSEGUIRE L'ABILITAZIONE, A PENA DI ESCLUSIONE, PRIMA DELL'INIZIO DELLE ATTIVITA' DIDATTICHE DELLA SCUOLA, FISSATO IL 30 GIUGNO 2011

AVVISO

ELENCO DEI TITOLI DICHIARATI

LA TESI DI LAUREA , EVENTUALI ATTIVITA' ELETTIVE CERTIFICATE , PUBBLICAZIONI O LAVORI DEVONO ESSERE PRESENTATI, SECONDO LE MODALITA' PREVISTE DAL BANDO DI CONCORSO, ALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE DEL CONCORSO PRESSO LA DIREZIONE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE PER LA QUALE SI CONCORRE , ENTRO E NON OLTRE IL TERMINE DI SCADENZA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI CONCORSO .LA BUSTA CONTENENTE ANCHE L'ELENCO DEI TITOLI ALLEGATI DEVE CONTENERE LA SEGUENTE DICITURA :
TITOLI VALUTABILI CONCORSO AMMISSIONE MEDICI SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN -INDIRIZZO : AL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE GIUDICATRICE DEL CONCORSO DI AMMISSIONE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE INC/O LA DIREZIONE DELLA SCUOLA - POLICLINICO DI BARI -P.ZZA G.CESARE , N. 33- C.A.P.70100

N.B.

NON SARANNO AMMESSI I CANDIDATI LE CUI DOMANDE E TITOLI PERVERRANNO OLTRE IL TERMINE DI SCADENZA DEL 27.05.2011

BARI , _____

Per presa visione e accettazione

Firma _____