

Al Direttore Generale
ASST della Valcamonica
Via Nissolina, 2
25043 BRENO (Bs)

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....
il.....residente a.....in Via/P.zza.....
c.a.p..... tel.....Codice fiscale.....

C H I E D E

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di **n.1 posto di Dirigente Medico – disciplina:**.....

All'uopo sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R.445/2000, dichiara:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero di avere la cittadinanza in uno degli Stati Membri dell'Unione Europea o equiparazioni stabilite dalle leggi);

- di essere/non essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di..... (nel caso di non iscrizione indicarne il motivo.....);

- di aver/non aver riportato condanne penali (in caso affermativo indicare le condanne penali riportate.....);

- di essere in possesso dei seguenti titoli richiesti dal bando quali requisiti di ammissione:.....
.....;

- di essere iscritto/a all'albo/ordine.....della Provincia di
.....dal.....al n°.....;

- di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente
posizione.....

- di aver/non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni (indicare le eventuali cause di risoluzione del rapporto):

dal.....al.....qualifica.....presso.....
.....;

- di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso;

- di non essere incorso nella destituzione, dispensa o decadenza da precedenti impieghi presso Pubbliche amministrazioni;

- di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto a riserva, precedenza o preferenza nell'assunzione.....

- di necessitare/non necessitare, in quanto portatore di handicap, dei seguenti ausili e tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove concorsuali;
- di acconsentire, ai sensi del D.Lgs n.196/2003, al trattamento dei dati personali al fine dello svolgimento delle procedure connesse al concorso in oggetto;
- di eleggere il seguente domicilio presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa alla presente domanda:

Via..... c.a.p.....

Città.....Provincia.....tel.....

Email.....

Data,

Firma.....

Nota: Se la presente istanza non è sottoscritta davanti al dipendente addetto all'ufficio concorsi, deve essere allegata fotocopia del documento di identità in forma semplice pena esclusione dal concorso).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 D.P.R. 28.12.2000, n.445)

Io sottoscritto/a.....

nato/a a.....il.....

residente a.....

Via.....nr.....

consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal D.P.R.28.12.2000, nr.445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

D I C H I A R O

- di essere in possesso del titolo di studio di:

1.diploma di Laurea:.....conseguito il:.....

presso:.....con punteggio:.....

2.diploma di:.....conseguito il:.....

presso:.....con punteggio:.....

- di essere stato abilitato all'esercizio della professione nella.....sessione anno.....;

- di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di specializzazione:

1.titolo:.....conseguito

presso.....in datae della durata di anni

2.titolo:.....conseguito

presso.....in datae della durata di anni

- di essere iscritto/a nell'albo/ordine.....della Provincia di.....dal.....al n°.....

....., il.....
(luogo) (data)

.....
(il/la dichiarante)

Informativa ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003 n.196 i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura concorsuale.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 D.P.R. 28.12.2000, n.445)

Io sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....
residente a.....
Via.....nr.....

consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal DPR 28.12.2000, n.445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia:

D I C H I A R A

- di aver prestato/di prestare servizio presso:

a) denominazione Ente:.....

(indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato).

Qualifica.....

.....tipologia del rapporto

(indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).

a) tempo pieno

dal.....al.....

b) tempo parziale (n° ore settimanali.....)

dal.....al.....

b) denominazione Ente:.....

(indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato).

Qualifica.....

.

.....tipologia del rapporto

(indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).

c) tempo pieno

dal.....al.....

d) tempo parziale (n° ore settimanali.....)

dal.....al.....

c) denominazione Ente:.....

(indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato).

Qualifica.....

.....tipologia del rapporto

(indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).

tempo pieno dal.....al.....

tempo parziale (n° ore settimanali.....)

dal.....al.....

Dichiaro, inoltre, che per i suddetti servizi a rapporto di lavoro subordinato con il SSN non ricorrono le condizioni di cui all'art.46 del D.P.R.20.12.1979, n.761.

....., il.....

(luogo)

(data)

.....

(il/la dichiarante)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art.47 D.P.R. 28.12.2000, nr.445)

Io sottoscritto/a.....

nato/a a.....il.....

residente a.....

Via.....nr.....

consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal D.P.R. 28.12.2000, nr.445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

D I C H I A R O

che le copie dei documenti sotto elencati ed allegati, sono conformi agli originali:

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

....., il.....
(luogo) (data)

.....
(il/la dichiarante)

Informativa ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003 n.196 i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura concorsuale. .