

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.....  
Indirizzo di Posta Elettronica (non PEC).....

C H I E D E

di essere ammesso/a a partecipare al pubblico avviso, per titoli e colloquio, per l'assunzione a tempo determinato di **Dirigente Medico – disciplina: Psichiatria** con scadenza **01.07.2019**.

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

- 1)  di essere in possesso della cittadinanza italiana,  
 di avere la cittadinanza in uno degli Stati Membri dell'Unione Europea \_\_\_\_\_;  
 di essere cittadino di uno dei Paesi dell'Unione Europea e i loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro purché siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente \_\_\_\_\_;  
 di essere cittadino di Paesi terzi che siano titolari di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (art. 9 del D.Lgs. 286/98) \_\_\_\_\_;  
 di essere cittadino di Paesi terzi che siano titolari dello status di rifugiato \_\_\_\_\_;  
 di essere cittadino di Paesi terzi che siano titolari dello status di protezione sussidiaria \_\_\_\_\_;
- 2)  di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;  
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo \_\_\_\_\_;
- 3)  di non aver subito condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;  
 di aver subito le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_  
 di aver i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_;
- 4)  di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
conseguito il \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) con votazione \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_;

5)  di essere stato abilitato all'esercizio della professione nella \_\_\_\_\_ sessione  
anno \_\_\_\_\_

6)  di essere in possesso della seguente specializzazione \_\_\_\_\_  
conseguita con votazione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (gg./mm/aa) e della durata di anni \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_;  
(Denominazione Istituto)

oppure

di essere iscritti all'ultimo anno della seguente specializzazione in  
\_\_\_\_\_ presso  
\_\_\_\_\_  
(Denominazione Istituto)

7)  di essere iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_  
della Provincia di \_\_\_\_\_ (indirizzo completo - c.a.p. - provincia) con il nr.  
\_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_ (gg./mm/aa);

8)  di essere nei riguardi del servizio militare di leva:

dispensato;  riformato;

con servizio svolto in qualità di \_\_\_\_\_ dal  
(gg./mm/aa.) \_\_\_\_\_ al (gg./mm/aa.) \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

9)  di avere svolto e concluso il Servizio Civile Volontario presso:

\_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_  
(denominazione Ente) (indirizzo completo - c.a.p. - provincia)

dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) all'interno del progetto  
\_\_\_\_\_;

10)  di aver prestato servizio come da autocertificazione allegata,

di non aver prestato servizio;

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

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

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

14)  di necessitare, in quanto portatore di handicap, dei seguenti ausili e tempi aggiuntivi per lo  
svolgimento del colloquio: \_\_\_\_\_;

di non necessitare di alcun tipo di ausilio e/o tempi aggiuntivi per lo svolgimento del  
colloquio;

15)  di voler ricevere ogni comunicazione relativa alla presente domanda all'indirizzo di  
residenza di cui sopra

oppure:

al seguente indirizzo: Via \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ Città  
\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_;

oppure:

al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata

(PEC): \_\_\_\_\_.

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 DPR 28.12.2000, n.445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia:

### DICHIARA

- di aver prestato/di prestare servizio presso:

a) denominazione Ente:.....

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

Qualifica.....Disciplina:.....

.....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.....

b) denominazione Ente:.....

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

Qualifica.....Disciplina:.....

.....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.....

c) denominazione Ente:.....

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

Qualifica.....Disciplina:.....

.....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

f  
i  
n  
a  
l  
i  
t  
à

c  
o  
n  
n  
e