

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 da assegnare alle attività della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Esine** con scadenza **23/10/2019**.

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 _____;

oppure

di essere iscritti all'ultimo anno della seguente specializzazione in
_____ presso
_____;

7) di essere iscritto all'Ordine dei _____ della
Provincia di _____ 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

DICHIARO

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

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

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

(luogo)

(data)

.....

(il/la dichiarante)