



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NAPOLI E PROVINCIA

Allegato "A" - Schema esemplificativo della domanda

ALL'ORDINE DEI MEDICI – CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NAPOLI E PROVINCIA
VIA RIVIERA DI CHIAIA, 9\C – 80122 NAPOLI

I sottoscritt _____, chiede di essere ammesso a partecipare alla
selezione pubblica per titoli, quiz e colloquio, per l'affidamento di n. 1 contratto di lavoro autonomo,
per l'assistenza consulenziale agli iscritti in campo fiscale.

A tal fine I sottoscritt dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali
previste, ai sensi e per gli effetti degli artt. 48 e 76, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di
falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e delle previsioni dell'art.75 del medesimo D.P.R.:

- a) _____ (data, luogo di nascita e residenza) _____ ;
b) _____ (possesso cittadinanza italiana o altro Paese della C.E.) _____ ;
c) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero di non essere iscritto
ovvero della cancellazione dalle liste medesime, per i seguenti motivi _____);
d) di non aver riportato condanne penali o

in alternativa

di aver riportato le seguenti condanne: _____ (da rendere
obbligatoriamente anche se negativa);

e) di non aver procedimenti penali in corso o

in alternativa

di avere i seguenti procedimenti penali pendenti: _____ (da
rendere obbligatoriamente anche se negativa);

f) di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione di seguito elencati:

1) _____,

Ente Pubblico non Economico (C.F. 80016910632)
Via Riviera di Chiaia, 9/c - 80122 Napoli. Telef. n. 081\660544 – 081\660517 fax n. 081\7614387;
e – mail: ordmed@ordinemedicinapoli.it; pec: ordinemedicinapoli@pec.it



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOLATRI DI NAPOLI E PROVINCIA

2) _____,

g) di essere nei riguardi obblighi militari nella seguente posizione _____ (*obbligatoria per i soli candidati di sesso maschile*);

h) di aver prestato presso P.A. i seguenti servizi\attività _____ o
in alternativa

di non aver mai prestato servizio presso P.A. (*da rendere obbligatoriamente anche se negativa*);

Dichiara, inoltre:

- di essere in possesso dell'idoneità fisica all'espletamento delle attività connesse all'incarico di cui alla presente istanza;

- che il proprio indirizzo è il seguente: _____

- che la pec alla quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente selezione è la seguente: _____

telefoni _____ (fisso e mobile), e – mail _____;

- di autorizzare, ai sensi del GDPR 2016/679 e della L. n. 196/03, il trattamento dei dati personali;

- di aver preso conoscenza del bando, come sopra pubblicato e di accettare senza riserve le prescrizioni e precisazioni in esso contenute.

Data _____

In fede (firma) _____



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NAPOLI E PROVINCIA

Allegato B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 – D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

Il sottoscritt _____ nat a _____ il ___/___/___, consapevole delle sanzioni penali previste, ai sensi e per gli effetti degli artt. 48 e 76, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e delle previsioni dell'art.75 del medesimo D.P.R.,

DICHIARA

Allega fotocopia di proprio documento di riconoscimento.

Luogo e data

Il dichiarante

Allegato C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 19 – D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il sottoscritt _____ nat a _____ il ___/___/___, consapevole delle sanzioni penali previste, ai sensi e per gli effetti degli artt. 48 e 76 e delle previsioni dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

Allega fotocopia di proprio documento di riconoscimento.

Luogo e data

Il dichiarante

Ente Pubblico non Economico (C.F. 80016910632)
Via Riviera di Chiaia, 9/c - 80122 Napoli. Telef. n. 081\660544 – 081\660517 fax n. 081\7614387;
e – mail: ordmed@ordinemedicinapoli.it ; pec: ordinemedicinapoli@pec.it