

AL DIRETTORE GENERALE DI MONTECATONE R.I. Spa

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
Cognome Nome

Nato/a il ____/____/____ a _____ Prov. _____

CODICE FISCALE

residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____
via _____ n. _____

domiciliato/a a _____ Prov. _____ C.A.P. _____
via _____ n. _____

indirizzo e-mail personale _____
indirizzo e-mail posta certificata _____
Telefono cellulare _____

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A ALL' AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA PER
CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI PER ATTIVITA' DI GUARDIA MEDICA**

PUBBLICATO IL 16/12/2019 SCADENTE IL 07/12/2020 ORE 14:00

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R.445 del 28.12.2000 e accertati dall'Azienda in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, **a tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

di ESSERE in possesso della cittadinanza _____
(*indicare la nazionalità*)

(*per i cittadini italiani*)

di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
(*indicare il Comune*)

di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo _____
(*indicare il motivo della non iscrizione*)

I cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana (cittadinanza in Paese dell'Unione Europea), dovranno dichiarare

di non avere a proprio carico provvedimenti giudiziari che comportino nel Paese di origine o in Italia la perdita del diritto di voto

di NON AVERE riportato condanne penale
 di AVERE RIPORTATO le seguenti condanne penali: _____
(*indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale*)

(*per i soli uomini*)

di ESSERE nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione: _____
(*indicare se congedato, riformato, esente ai sensi di L. 226/04...*)

di ESSERE in possesso di essere in possesso della **Laurea in Medicina e Chirurgia**

Conseguita il ____ / ____ / ____ presso l'Università _____

di essere in possesso del diploma di **specializzazione in** _____ conseguito in data _____ presso l'Università di _____

di ESSERE iscritto di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici chirurghi della Provincia di _____

di NON avere mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso Pubbliche Amministrazioni;

di AVERE PRESTATO SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso Pubbliche Amministrazioni (*come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata*);

Indicare le cause di risoluzione _____

di PRESTARE SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato o in Libera Professione presso Pubbliche Amministrazioni (come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata)

Il/la sottoscritto/a presenta:

- sotto forma di autocertificazione un curriculum formativo e professionale datato e firmato,
- fotocopia della carta d'identità

data

Firma

(Firma in originale – La mancata sottoscrizione in originale determina l'esclusione dalla procedura)