

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 ALLA**

**Procedura comparativa per conferimento di n. 2 incarichi libero professionale a Laureati in Medicina e Chirurgia con specializzazione in Anestesia e Rianimazione pubblicata il giorno 16/11/2019 e scadente il 30/11/2019**

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 \_\_\_\_\_

CONSEGUITO ai sensi del D.Lgs n.257/91 o del D.Lgs n.368/99 – durata del corso  
anni \_\_\_\_\_

NON CONSEGUITO ai sensi del D.Lgs n.257/91 o del D.Lgs n.368/99

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 presso Pubbliche Amministrazioni *(come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata)*

di essere in quiescenza dal \_\_\_\_\_

di AVERE DIRITTO alla preferenza in caso di parità di punteggio (art. 5 comma 3 punto 4) DPR 487/94 e s.m.i) per il seguente motivo: \_\_\_\_\_ *(allegare la documentazione probatoria)*;

Il/la sottoscritto/a presenta:

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

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

- l'elenco degli ammessi sarà pubblicato **il 30/11/2019**;

data

Firma

---

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