

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. _____

indirizzo e-mail personale _____

indirizzo e-mail posta certificata _____

Telefono cellulare _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A ALL'

AVVISO PUBBLICO PER L'ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO DI UN DIRETTORE PRIMARIO A CUI VERRA' ATTRIBUITO L' INCARICO QUINQUENNALE DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA DELL' UNITA' SPINALE DI MONTECATONE RI SPA - AIOP Sanità Privata Personale Medico dipendente e Contratto Integrativo Aziendale – Dirigenza Medica del 29/10/2014 (PROT. 645/2022 PUBBLICATO IL 23/03/2022 VALIDITA' DAL 24/03/2022 SCADENTE IL 13/04/2022),

Disciplina ammessa: MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

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:**

1) di ESSERE in possesso della cittadinanza _____

2) di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____

ovvero di di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo _____

3) di _____ (avere /non avere) riportato condanne penali e di _____

(essere o essere stato/non essere e non essere stato) destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario Giudiziale o presso la Corte dei Conti, ai sensi della vigente normativa (ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali – da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale: _____) ovvero di _____(essere/essere stato) destinatario dei seguenti provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi _____;

4) di _____ (essere/non essere) stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;

5) di possedere i seguenti titoli di studio:

➤ diploma di laurea **in Medicina e Chirurgia**

Conseguita il / / presso _____

6) Di essere iscritto all'Albo dell'ordine dei medici chirurghi della provincia di: _____

7) Di essere in possesso dei seguenti ulteriori requisiti specifici di ammissione:

➤ diploma di **specializzazione in** _____

conseguito in data _____

presso l'Università di _____

8) di avere prestato servizio con rapporto di impiego presso Pubbliche Amministrazioni come risulta dalla certificazione allegata alla domanda (indicare le cause di risoluzione rapporti d'impiego), ovvero di non aver mai prestato servizio con rapporto d'impiego presso pubbliche amministrazioni (cancellare l'espressione che non interessa);

9) di aver preso visione del fabbisogno della struttura;

10) nel caso di conferimento dell'incarico, il sottoscritto dichiara di _____ (optare/non optare) per il rapporto di lavoro esclusivo.

Il sottoscritto chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura mediante PEC al seguente indirizzo:

_____.

Sono consapevole che sarò avvisato entro il 29/04/2022 della data dell'effettuazione del colloquio, tramite pubblicazione sul Sito di Montecatone R.I., contestualmente alla pubblicazione dell'elenco degli ammessi e del luogo di svolgimento del colloquio.

Al fine della valutazione di merito il sottoscritto presenta i documenti indicati nell'allegato elenco redatto in carta semplice ed un curriculum formativo e professionale, corredato di fotocopia della carta d'identità

data

Firma

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