

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente a _____ Prov. _____ Cap. _____

Via _____ n. _____ - telefono _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso pubblico, per future necessità, per titoli e colloquio per la formazione di graduatoria da utilizzare per assunzione temporanea di personale della posizione funzionale di DIRIGENTE MEDICO – MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO indetto dall'Azienda USL di Imola, con scadenza il 23.11.2017.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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 USL 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

che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente concorso è il seguente:

cognome e nome _____

via / n. / CAP _____

Comune _____ Telefono/Cellulare _____

di essere in possesso della cittadinanza _____
(indicare la nazionalità)

Per i cittadini italiani – barrare una sola opzione

di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ Prov. _____
(indicare Comune)

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

Per i cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana:

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

(barrare una sola opzione)

di NON AVERE riportato condanne penali

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

(indicare se congedato, riformato, esente ai sensi di L. 226/2004 .. ecc... ecc....)

di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione: _____
LA DICHIARAZIONE DEVE ESSERE RESA SOLO PER I NATI ENTRO IL 31.12.2015

Di essere in possesso della Laurea in Medicina e chirurgia conseguita il _____
presso _____

Di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in _____
conseguito il _____ presso _____

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 all'Albo dell'ordine dei Medici – Chirurghi di _____

(barrare una sola opzione)

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 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 dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata*)

(barrare casella solo in caso di diritto)

di AVERE DIRITTO alla riserva dei posti, ovvero di avere diritto alla precedenza o a preferenza in caso di parità di punteggio (art. 5 DPR 487/94 e s.m.i.) per il seguente motivo: _____

(allegare documentazione probatoria)

Alla fine della valutazione di merito il sottoscritto presenta:

- un curriculum formativo professionale redatto in carta semplice, datato e firmato
- copia di documento di identità valido

Per gli effetti dell'art.15 della legge 183/2011 (decertificazione) dichiaro che eventuali certificazioni allegata alla presente domanda rilasciate da PA corrispondono a stati/fatti/qualità relativi alla mia persona

Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco in carta semplice.

Dichiaro di aver preso visione dell'avviso e di essere a conoscenza delle modalità e tempi di espletamento del colloquio.

data, _____ Firma in originale _____

(La mancata sottoscrizione in originale determina l'esclusione dalla procedura. La trasmissione della domanda tramite PEC equivale a sottoscrizione in originale – Circ. F.P. 2/2010)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento valido