

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 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.**

PUBBLICATO IL GIORNO 01/09/2019, VALIDITA' DAL 02/09/2019 E SCADENTE IL 20/09/2019 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 \_\_\_\_\_

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 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

data

Firma

---

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