

**AL DIRETTORE GENERALE DI MONTECATONE R.I. Spa**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nato/a il \_\_\_\_\_ *Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_  
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 DI PROCEDURA COMPARATIVA PER SOLI TITOLI PER L'ASSEGNAZIONE DI UN INCARICO LIBERO PROFESSIONALE AD UN LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA SPECIALIZZATO IN MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE, N. PROT. 605/2022 DEL 15/03/2022 data di pubblicazione 16/03/2022 – data di validità dal 17/03/2022 – scadenza 31/03/2022**

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 \_\_\_\_\_

di ESSERE in possesso del diploma di **specializzazione** in

\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_

presso l'Università di \_\_\_\_\_

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)

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 entro **il 01/04/2022**

data

Firma

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