

ALLA DIREZIONE AZIENDALE 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 DI PROCEDURA COMPARATIVA PER TITOLI ED EVENTUALE COLLOQUIO PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER IL PROFILO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA, N. PROT. 2026/505 DEL 02/03/2026, data di pubblicazione 03/03/2026 – data di validità dal 04/03/2026 – scadenza 20/03/2026 ore 12.00.

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 del seguente titolo richiesto per l'ammissione:

Conseguito il _____ presso _____

☐ di ESSERE iscritto al seguente ORDINE PROFESSIONALE _____

dal _____ PROVINCIA DI _____

☐ di ESSERE in possesso della piena ed incondizionata idoneità fisica specifica alle mansioni del profilo professionale a selezione;

☐ di NON AVERE subito provvedimenti di interdizione dai pubblici uffici nonché destituzione da precedenti rapporti di pubblico impiego;

☐ di NON AVERE subito licenziamenti a seguito di procedimenti disciplinari presso Montecatone Rehabilitation Institute SpA o Pubbliche Amministrazioni.

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 27/03/2026**.

data

Firma

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