

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 AL BANDO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E PROVE DI ESAME, PER LA COPERTURA DEFINITIVA DI UN POSTO DISCIPLINA NEUROLOGIA – CIMOP ARIS Sanità Privata Personale Medico dipendente e Contratto Integrativo Aziendale – Dirigenza Medica del 2020. PUBBLICATO IL GIORNO 16/09/2024 E SCADENTE IL 01/10/2024 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 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 _____

di essere in possesso del **requisito specifico**: esperienza di almeno 5 anni in **neurofisiologia**

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

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

- l'elenco degli ammessi sarà pubblicato entro **il 02/10/2024** contestualmente alla pubblicazione delle prove (scritta, pratica e orale), che si svolgeranno in un'unica giornata presso Montecatone R.I. Spa.

Firma

data

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