

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 VERRÀ ATTRIBUITO L'INCARICO QUINQUENNALE DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA U.O.C. GCLA DI MONTECATONE RI SPA - AIOP Sanità Privata Personale Medico dipendente e Contratto Integrativo Aziendale – Dirigenza Medica del 29/10/2014.

PUBBLICATO IL GIORNO 10/07/2020, VALIDITÀ DAL 10/07/2020 E SCADENTE IL 27/07/2020 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 _____ durata del corso anni _____

CONSEGUITO ai sensi del D.Lgs n.257/91 o del D.Lgs n.368/99 - 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)*;

di non versare in una delle condizioni di inconferibilità o di incompatibilità di cui al D.Lgs n. 8 aprile 2013 n.39;

di optare, nel caso di conferimento dell'incarico, per il rapporto di lavoro esclusivo e di essere consapevole che tale opzione è immodificabile per tutta la durata dell'incarico;

di non optare, nel caso di conferimento dell'incarico, per il rapporto di lavoro esclusivo.

Il/la sottoscritto/a presenta:

- sotto forma di autocertificazione un curriculum formativo e professionale datato e firmato
- fotocopia della carta d'identità
- elenco dei documenti prodotti

data

Firma

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