

AL DIRETTORE GENERALE DI MONTECATONE R.I. Spa

Il/La sottoscritto/a	cognome	nome	
nato il	_____ a _____	Prov. _____	
residente a	_____	Prov. _____	CAP. _____
Via	_____ n. _____	tel _____	

CHIEDE

di essere ammesso alla **BANDO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E PROVE DI ESAME, PER LA COPERTURA DEFINITIVA DI N. 1 POSTO DEL PROFILO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - FISIOTERAPISTA -** posizione D – Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Sanità Privata.

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:**

(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare)

- che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

_____ (specificare via – cap - comune- telefono- tel. Cellulare – MAIL PERSONALE E/O MAIL CERTIFICATA)

- di essere in possesso della cittadinanza _____ (indicare nazionalità)

barrare una sola opzione	<p><i>(per i cittadini italiani)</i></p> <p><input type="checkbox"/> di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (indicare Comune)</p> <p><input type="checkbox"/> di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____ (indicare motivo della non iscrizione)</p> <p><i>I cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana (cittadinanza in Paese dell'Unione Europea), dovranno dichiarare</i></p> <p><input type="checkbox"/> di non avere a proprio carico provvedimenti giudiziari che comportino nel Paese di origine o in Italia la perdita del diritto di voto</p>
---------------------------------	---

barrare una sola opzione	<p><input type="checkbox"/> di NON AVERE riportato condanne penali</p> <p><input type="checkbox"/> di AVERE riportato le seguenti condanne penali: _____</p> <p><i>(indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)</i> _____</p>
---------------------------------	---

- (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.... ecc..ecc..)

di essere in possesso del seguente titolo richiesto per l'ammissione

(barrare l'opzione/i corrispondente/i alla propria qualificazione)

Laurea di primo livello in Fisioterapia (Classe SNT2/Professioni Sanitarie della Riabilitazione)

conseguito il _____ presso _____

Diploma Universitario di FISIOTERAPISTA di cui al D.M. Sanità n. 741 del 14.09.1994, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.

conseguito il _____ presso _____

Diploma o attestato conseguito in base al precedente ordinamento, riconosciuto equipollente ai sensi del D.M. Sanità 27.07.2000 al Diploma Universitario ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.

conseguito il _____ presso _____

barrare una sola opzione	<input type="checkbox"/> di NON avere mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni;
	<input type="checkbox"/> 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) <i>Indicare la cause di risoluzione</i> _____
	<input type="checkbox"/> 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);

barrare la casella solo in caso di	<input type="checkbox"/> 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 un curriculum formativo e professionale datato e firmato. Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco in carta semplice.

Firma

Luogo e data _____

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