

AL COMMISSARIO
Azienda Ulss 14 Chioggia
Strada Madonna Marina n. 500
30015 – Sottomarina di Chioggia (VE)

1 sottoscritt_ chiede di essere ammess_ al

Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico – Area Medica e delle Specialità Mediche– Disciplina: Pediatria –CONC1-14

dichiara sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di essere nat_ a il
...../...../.....
e di risiedere attualmente a in via n.
CAP
2. di avere n. figli a carico;
3. di essere in possesso della cittadinanza italiana, o lo stato di italiano non appartenente alla Repubblica o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione europea. I cittadini degli Stati Membri dell'Unione europea devono dichiarare altresì di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o provenienza, ovvero il motivo di mancato godimento e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (D.P.C.M. 7.02.1994 n. 174). Sono fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti e le disposizioni dell'art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001, così come modificate e introdotte dall'art. 7, della L. n. 97/2013
4. di avere il seguente codice fiscale:
.....;
5. di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di
..... (1);
6. di avere/non avere riportato condanne penali (2) e di non avere procedimenti penali in corso;
7. di essere in possesso del seguente titolo di studio:
.....conseguito in data/...../..... presso
.....;
8. di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni e di essere/non essere incorso nella destituzione, dispensa o decadenza da precedenti impieghi presso la Pubblica Amministrazione (3);
9. di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura dell'Avviso e degli adempimenti conseguenti;
10. **Il calendario ed il luogo ove si svolgeranno le prove saranno pubblicati sul sito Web Aziendale www.asl14chioggia.veneto.it – Concorsi – Ufficio Personale in data **15 ottobre 2014** Tale pubblicazione avrà valore di notifica a tutti gli effetti e, pertanto i candidati che non avranno ricevuto alcuna comunicazione di esclusione dal concorso sono tenuti a presentarsi, senza alcun preavviso – muniti di idoneo documento di riconoscimento, all'indirizzo, nel giorno e nell'ora indicati. Qualora alla data citata non fosse possibile pubblicare il calendario delle prove sarà data comunicazione, nella stessa forma, di successiva pubblicazione.**

Chiede infine che ogni comunicazione relativa al presente concorso venga fatta al seguente indirizzo:

Sig. _____
Via _____ n. _____
C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____
Telefono _____ Cellulare _____

DICHIARA INOLTRE

Che i documenti di cui al seguente elenco sono conformi agli originali, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa". A tal fine si allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità

Tipo n. rilasciato in data/...../..... da (4).

Data/...../.....

.....

firma intera e leggibile

(1) In caso affermativo indicare il Comune e in caso negativo i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;(2) in caso affermativo specificare quali; (3) in caso affermativo specificare la denominazione dell'Ente, la qualifica, i periodi e gli eventuali motivi di cessazione.(4) la fotocopia del documento di identità personale valida deve essere allegata da parte di chi presenta la domanda a mezzo servizio postale e a mezzo pec.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

In riferimento alla domanda di partecipazione al Concorso Pubblico, per titoli ed esami, a n. 1 posto di:

Dirigente Medico – Area Medica e delle Specialità Mediche – Disciplina: Pediatria

Il/La

sottoscritto/a

.....

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 75 e 76) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003

DICHIARA

➤ di essere in possesso della Laurea in

.....

conseguita presso la Facoltà di

.....

dell'Università degli Studi diin
data.....

➤ di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo
acquisito

in data/...../.....

presso.....

➤ di essere in possesso della Specializzazione in

.....

conseguita presso la Facoltà di dell'Università degli Studi di

.....

in data/...../.....

(specificare se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D. L.vo 8 agosto 1991 n. 257 e/o
del D. Lgs.17.08.1999, n. 368)

➤ di essere iscritto presso Albo/Ordine di

.....

della Provincia di Dal/...../..... al n.

.....

Data/...../.....

.....

firma intera e leggibile

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di ATTO di NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto nato/a a il
...../...../.....

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

- che le allegate copie dei sottoelencati documenti, sono conformi all'originale:

- i seguenti stati, fatti e qualità personali:

(Nel caso di dichiarazioni di servizio indicare esattamente il tipo di contratto (tempo indeterminato, tempo determinato – libero professionale – Co.Co.Co., altro) il periodo giorno, mese, anno di inizio e fine rapporto, la posizione funzionale, l'ente – completo di indirizzo – presso cui il servizio è stato prestato.

Dichiara inoltre che ricorrono
 non ricorrono

le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979 (in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio).

A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Data/...../.....

.....

Allegato n. 4

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di ATTO di NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto/a.....nato/a a..... il/...../.....

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

di aver prestato servizio:

presso Struttura **Pubblica** **Accreditata/Convenzionata** **Privata**

Denominazione _____

Indirizzo _____

con la qualifica di _____

periodo dal/...../.... al/...../.....

- Rapporto di lavoro a tempo indeterminato**
- Rapporto di lavoro a tempo determinato**
- Contratto libero professionale** (ex art. 7 D.Lgs 165/2001)
- Contratto Co.Co.Co.**
- Altro** _____
- Tempo pieno** **Part time** **Ore settimanali** _____
- Aspettativa senza assegni** dal _____ al _____

di aver prestato servizio:

presso Struttura **Pubblica** **Accreditata/Convenzionata** **Privata**

Denominazione _____

Indirizzo _____

con la qualifica di _____

periodo dal/...../.... al/...../.....

- Rapporto di lavoro a tempo indeterminato**
- Rapporto di lavoro a tempo determinato**
- Contratto libero professionale** (ex art. 7 D.Lgs 165/2001)
- Contratto Co.Co.Co.**
- Altro** _____
- Tempo pieno** **Part time** **Ore settimanali** _____
- Aspettativa senza assegni** dal _____ al _____

che ricorrono/non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio).

(data)

(firma)

