

ALLEGATI

FAC SIMILE DI DOMANDA (*in carta libera*)

Alla Provincia Lombardo Veneta
dell'Ordine Ospedaliero
di S. Giovanni di Dio- Fatebenefratelli
Via Cavour, 2
20063 Cernusco sul Naviglio (MI)

Il/La sottoscritt___ (nome e cognome) chiede di essere ammesso a partecipare al concorso pubblico, per titoli ed esami, a n. 3 posti di Medico Dirigente disciplina Medicina Fisica e Riabilitazione (Area Medica e delle Specialità Mediche presso all'Ospedale "San Raffaele Arcangelo" Fatebenefratelli di Venezia.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, all'uopo dichiara:

- 1) di essere nat_ a _____ (prov. ___) il _____ C. F. _____;
 - 2) di risiedere a ___ (CAP ___) (prov. ___), in Via ___ n. ___ tel. ___ cell. _____;
 - 3) di essere in possesso della cittadinanza italiana, o equivalente, o in uno dei Paesi _____ dell'Unione Europea, o _____;
 - 4) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di: _____ (ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle liste medesime);
 - 5) di non avere carichi pendenti né procedimenti penali in corso (ovvero eventuali condanne penali riportate, specificandone la natura);
 - 6) di trovarsi nella seguente posizione nei confronti degli obblighi militari;
 - 7) di essere in possesso, alla data di scadenza stabilita dal bando di concorso, dei requisiti generali e specifici di ammissione;
 - 8) di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso _____ in data _____ con la seguente votazione _____
 - 9) di essere in possesso della specializzazione nella disciplina di _____ conseguita presso _____ in data _____ (specificare numero legale anni di corso e se conseguita ai sensi del D.Lgs.257/91 e s.m.i);
 - 10) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ al numero _____ dalla data del _____
 - 11) di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni con indicazione delle eventuali cause di cessazione (ovvero di non aver mai prestato servizio presso pubbliche amministrazioni);
 - 12) di essere fisicamente idoneo allo svolgimento delle mansioni relative ai posti _____ messi _____ a _____ concorso
 - 13) di accettare le condizioni fissate dal bando di concorso, nonché quelle che disciplinano lo stato giuridico-economico del personale dell'Ente Provincia Lombardo _____ Veneta _____ Fatebenefratelli;
 - 14) di autorizzare(D.Lgs n. 196/03) l'Ente al trattamento dei dati personali, per gli adempimenti per l'espletamento del concorso;
 - 15) di inviare eventuali comunicazioni al seguente indirizzo: _____ (CAP ___) telefono _____, esonerando l'Ente da ogni responsabilità nel _____ caso _____ di _____ irreperibilità.
- Data, _____ Firma _____

ALLEGATI

**DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/la Signor.....
nat.....a.....il.....
residente a
.....via.....n.....
titolare del seguente documento
.....n.....
rilasciato da il
ai sensi dell'art.47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sulle circostanze indicate, per
.....
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di
formazione o uso di atti
falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

D I C H I A R A

Che le copie allegare relative a:

.....
.....
.....
.....
.....

sono conformi all'originale.

(luogo e data)

(firma del dichiarante)

NB: Nel caso la presente dichiarazione non sia resa in presenza di un pubblico funzionario, l'interessato è tenuto ad allegare copia semplice del documento d'identità

Attesto che il dichiarante Signor.....
ha reso e sottoscritto in mia presenza la suesesa dichiarazione
IL FUNZIONARIO INCARICATO

.....

Data.....

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

ALLEGATI

**DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a.....nat.....ail.....
residente a.....via.....n.....
documento di riconoscimento.....
n.....
rilasciato da

.....il.....
consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non
veritiere, di formazione o
uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

D I C H I A R A

(1)

(2) di essere in possesso del titolo di studio di

.....
conseguito
presso.....il.....
di essere iscritto/a nell'albo/elenco/ordine
.....della Provincia di
:
al n. dal

- di avere la qualifica professionale di
.....
- conseguito
presso.....il.....
- di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione/di
abilitazione/di formazione/di aggiornamento/di qualificazione
Tecnica.....
- conseguito
presso.....il.....(2).
-
-
-
-

Luogo,data

(FIRMA del/la dichiarante)

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati
sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale
sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

(1) Segnare le ipotesi che interessano.

(2) Specificare se specializzazione conseguita ai sensi del Dlg 257/91 e
numero legale anni di corso.

ALLEGATI

**DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**
(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la
Signor.....nat.....a.....
il
residente
a.....Via.....
documento di riconoscimento
.....n.....
rilasciato da.....il.....
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di
formazione o uso di atti falsi, richiamate
dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

D I C H I A R A

di avere prestato / di prestare attività lavorativa presso:
Azienda/Ente (1)
Periodo dal/al (2)
Disciplina/Pos.Funz/Qualifica (3-4-5)

Il/La sottoscritt... dichiara di aver usufruito di un periodo di aspettativa
senza assegni
dal al.....
per
motivi.....
.....

Il/La sottoscritt... dichiara altresì che ricorrono / non ricorrono le condizioni
di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del
D.P.R. 20/12/79 n. 761. (6)

.....,
.....
luogo data (il/la dichiarante)

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati
sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale
sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

- (1) Specificare se Azienda del SSN o Struttura Convenzionata/Accreditata o
Pubblica Amministrazione o Istituto Privato
- (2) Specificare giorno mese anno di inizio e termine del rapporto di servizio
- (3) Specificare se rapporto di servizio a tempo pieno o part-time (se part-time
indicare percentuale orario di servizio)
- (4) Specificare se rapporto di servizio dipendente o contratto libero
professionale/collaborazione coord.continuativa
- (5) Specificare per i medici se a tempo pieno o tempo definito.

ALLEGATI

(6) Ultimo comma art. 46 D.P.R. 761/79 “La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento”.