

## FAC-SIMILE DI DOMANDA

Al Direttore Generale  
dell'ULSS n.13

Indirizzo posta ordinaria:  
Via Mariutto, 76  
30035 MIRANO (VE)

Indirizzo P.E.C.:  
ufficioconcorsi.ulss13mirano@pecveneto.it

Il sottoscritto .....

### CHIEDE

di essere ammesso al CONCORSO PUBBLICO, per titoli ed esami, per n 1 posto a tempo indeterminato di **DIRIGENTE MEDICO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE.**

A tal fine, 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 28.12.2000, dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- 1) di essere nato a.....(prov.....) il ..... e di risiedere a .....  
(prov.....) in Via.....n.....(cap.....);
- 2) di essere cittadino (nazionalità).....;
- 3) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di.....(1);
- 4) di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali pendenti (2);
- 5) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio: .....  
conseguito presso ..... in data .....;
- 6) di essere in possesso della specializzazione in..... con durata di anni .....  
conseguita ai sensi del D.Lgs ..... presso .....in data .....(3);
- 7) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di..... al n°.....;
- 8) di essere nei riguardi degli obblighi militari nella posizione di..... (4);
- 9) di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (5);
- 10) di scegliere quale lingua straniera oggetto della valutazione nell'ambito della prova orale la seguente:.....(inglese – francese – tedesco – spagnolo);
- 11) di essere esente da patologie o problematiche fisiche che possano influire negativamente sul rendimento lavorativo;
- 12) di avere diritto alla riserva dei posti in quanto.....(6).
- 13) di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando in merito alla gestione della procedura concorsuale e agli adempimenti conseguenti.

Fa presente di aver diritto all'ausilio di.....in relazione al proprio handicap nonché alla necessità di tempi aggiuntivi.....(7)

Ogni comunicazione relativa al presente CONCORSO deve essere fatta :

- al seguente indirizzo di posta ordinaria: .....  
..... (C.A.P. ....) .....

- al seguente indirizzo P.E.C. ....

Tel. n. ....

Data.....

**FIRMA**

.....

- 1) n caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicarne i motivi.
- 2) In caso contrario indicare le condanne penali riportate facendo riferimento alle dichiarazioni di cui al punto 3) del bando.
- 3) Indicare la denominazione e l'indirizzo completo dell'Istituto o Ente e la data di conseguimento dei titoli. Per le specializzazioni conseguite ai sensi del D.Lgs 257/91 o del D.Lgs 368/99, specificare la durata del corso.
- 4) Per la valutazione del servizio militare ai sensi della legge 958/86 indicare la posizione ed il servizio attestati nel foglio matricolare.
- 5) Indicare le cause della eventuale risoluzione dei rapporti di impiego.
- 6) Allegare/autocertificare il titolo che dà diritto alla riserva (D.P.R. 487/94 e s.m.i.).
- 7) Tale precisazione è richiesta solo ai candidati portatori di handicap, ai sensi della L. 5.2.92, n. 104.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_(Prov.....),

Via \_\_\_\_\_, n.....,

sotto la propria responsabilità e 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,

**DICHIARA DI AVER PARTECIPATO**  
**ALLE SEGUENTI INIZIATIVE DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE**

corso di aggiornamento     convegno     congresso     seminario     meeting     altro

sul tema: .....

organizzato da: .....

località dove si è svolto: .....

periodo: dal .....al ..... con esame finale:  NO     SI

per complessive giornate n. .... per complessive ore n. .... crediti n. ....

corso di aggiornamento     convegno     congresso     seminario     meeting     altro

sul tema: .....

organizzato da: .....

località dove si è svolto: .....

periodo: dal .....al ..... con esame finale:  NO     SI

per complessive giornate n. .... per complessive ore n. .... crediti n. ....

corso di aggiornamento     convegno     congresso     seminario     meeting     altro

sul tema: .....

organizzato da: .....

località dove si è svolto: .....

periodo: dal .....al ..... con esame finale:  NO     SI

per complessive giornate n. .... per complessive ore n. .... crediti n. ....

**PER ULTERIORI DICHIARAZIONI, UTILIZZARE COPIE DEL PRESENTE MODELLO**

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso in originale del dichiarante)

**La presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità personale in corso di validità.**

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_(Prov \_\_\_\_\_),

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

sotto la propria responsabilità e 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,

**DICHIARA**  
**DI AVER PRESTATO SERVIZIO**

**presso PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

- Denominazione ed indirizzo completo della P.A.

.....

- nel profilo di ..... disciplina .....

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno): Inizio ...../...../..... Fine ...../...../.....

Rapporto di lavoro:

- Subordinato a tempo indeterminato;     Subordinato a tempo determinato;
- Altro ..... (utilizzare nel caso di attività didattica, prestazioni occasionali, frequenza volontaria, stage, tirocini, volontariato, ecc.);
- Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001);
- Specialista Ambulatoriale (SAI) con n. ore settimanali .....
- Tempo pieno             A part-time             Indicare sempre n. ore settimanali .....
- Eventuale aspettativa senza assegni: dal ..... al .....

Si precisa che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79. (In caso positivo, annullare la dichiarazione e precisare la misura della riduzione del punteggio di anzianità).

**presso PRIVATI**

- Denominazione ed indirizzo completo della ditta

.....

- Con la qualifica di .....

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno): Inizio ...../...../..... Fine ...../...../.....

Rapporto di lavoro:

- Subordinato a tempo indeterminato;     Subordinato a tempo determinato;     Altro .....
- Contratto libero – professionale;
- Tempo pieno             Part-time             Indicare sempre n. ore settimanali .....
- Eventuale aspettativa senza assegni: dal ..... al .....

PER ULTERIORI DICHIARAZIONI, UTILIZZARE COPIE DEL PRESENTE MODELLO

\_\_\_\_\_ (luogo, data)

\_\_\_\_\_ (firma per esteso in originale del dichiarante)

**La presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità personale in corso di validità.**

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_(Prov. \_\_\_\_\_),

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

sotto la propria responsabilità e 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,

**DICHIARA**

**Che le copie fotostatiche di seguito elencate ed allegate alla presente domanda sono conformi all'originale:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_

**PER ULTERIORI DICHIARAZIONI, UTILIZZARE COPIE DEL PRESENTE MODELLO**

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso in originale del dichiarante)

**La presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità personale in corso di validità.**

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.