

(modello domanda)

Al Direttore Generale

Azienda ULSS n. 8

Viale Rodolfi, 37

36100 VICENZA

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per l'attribuzione di incarico quinquennale di Dirigente Medico (Responsabile di Struttura Complessa) Direttore dell'U.O.C. di Pneumologia.

Dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi del DPR n. 445/2000 quanto segue:

- 1) di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____;
- 2) di essere residente a _____ prov. _____:
via _____ n. _____;
- 3) di essere in possesso della cittadinanza italiana oppure di possedere la cittadinanza _____ e di godere dei diritti civili e politici dello stato di appartenenza o provenienza e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- 4) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime)
- 5) di non aver riportato alcuna sentenza penale di condanna o alcun decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p., di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali. In caso contrario, dichiara quanto segue: _____;
- 6) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i candidati di sesso maschile);

7) di essere in possesso della laurea in _____ conseguita in data _____ presso l'Università di _____

(qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare gli estremi del provvedimento di equipollenza/equiparazione al titolo italiano, adottato dall'Autorità italiana competente)

8) di essere in possesso della specializzazione in _____ conseguita in data _____ presso l'Università di _____

(qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare gli estremi del provvedimento di equipollenza/equiparazione al titolo italiano, adottato dall'Autorità italiana competente);

9) di essere in possesso dell'abilitazione professionale conseguita in data _____ presso l'Università di _____;

10) di essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi della provincia di _____ al n. _____;

11) di essere in possesso dell'anzianità di servizio di anni _____, nella disciplina di _____ richiesta ai fini dell'ammissione, maturata come specificamente indicato nel curriculum formativo e professionale;

12) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione manageriale _____ rilasciato da _____ il _____;

13) di aver/non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (specificare nel curriculum formativo e professionale tutti i dati relativi alla natura dei rapporti di lavoro intercorsi ed indicare le eventuali cause di risoluzione di precedenti impieghi;

14) di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni;

15) di avere il seguente codice fiscale _____;

16) di aver/non aver diritto applicazione dell'art. 20 della L. n. 104/1992, specificando l'ausilio necessario, in relazione al proprio handicap, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per sostenere il colloquio;

17) di accettare tutte le indicazioni contenute nel presente bando e di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, ai fini della gestione della presente procedura, ai sensi del d. lgs. n. 196/2003;

18) la conformità all'originale, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000, della documentazione unita a corredo della domanda (allegare fotocopia di un documento di identità valido),

19) che quanto indicato nel curriculum allegato corrisponde a verità.

Chiede infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare per iscritto eventuali successive variazioni:

dr. _____

Via _____ n. _____ cap _____
_____ Comune _____ (Prov. _____)

telefono _____

e-mail _____ posta
elettronica certificata _____

(luogo e data)

(firma)