

## SCHEMA DOMANDA DI AMMISSIONE

Al Direttore Generale  
dell'Azienda U.L.S.S. n. 1 di Belluno  
Via Feltre, n. 57  
32100 BELLUNO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso/a al concorso pubblico, per titoli ed esami, indetto per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 2 dirigenti medici nella disciplina di radiodiagnostica.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara:

- a) di essere nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_;
- b) di essere residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- c) di essere cittadino/a italiano/a - di essere cittadino/a \_\_\_\_\_ in possesso dei requisiti di cui all'art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001, come da dichiarazione allegata (allegato A.1)
- d) di essere iscritto/a nelle liste elettorali \_\_\_\_\_ (1);
- e) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: \_\_\_\_\_;
- f) di avere non avere riportato condanne penali e di avere non avere procedimenti penali in corso (2);
- g) di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_, conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (3);
- h) di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ (durata legale del corso: anni \_\_\_\_ ) conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, ai sensi del \_\_\_\_\_ (3) (4);
- i) di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_, al n. \_\_\_\_\_;
- j) di avere non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (5);
- k) di essere non essere stato/a licenziato/a, destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni (6);
- l) di consentire l'utilizzo dei dati personali, compresi quelli sensibili, se necessario alla procedura.

Chiede infine che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

- 
- (1) In caso affermativo indicare il Comune e in caso negativo i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime. I cittadini stranieri devono dichiarare se godono o meno dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza; in caso negativo devono indicare i motivi.
  - (2) In caso affermativo specificare quali.
  - (3) Nel caso di titolo di studio conseguito all'estero deve essere indicato il provvedimento di riconoscimento dell'equipollenza al corrispondente titoli di studio rilasciato in Italia.
  - (4) Indicare se la specializzazione è conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/1991 o del D.Lgs. n. 368/1999;
  - (5) In caso affermativo specificare la denominazione dell'Ente, la qualifica, i periodi e gli eventuali motivi di cessazione.
  - (6) in caso affermativo indicare i motivi.

**Documentazione da allegare alla domanda:**

- documentazione relativa ai titoli che si ritenga opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria;
- un curriculum formativo e professionale, datato e firmato;
- gli eventuali documenti comprovanti il diritto a precedenza o preferenza;
- un elenco in carta semplice, datato e firmato, dei documenti e titoli presentati;
- documento di identità personale in corso di validità.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA - CITTADINANZA**  
**(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_)  
 in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
 sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara:

- di essere equiparato al cittadino italiano \_\_\_\_\_ (precisare l'equiparazione);
- di essere cittadino del seguente Paese dell'Unione Europea: \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino del seguente Paese non appartenente all'Unione Europea: \_\_\_\_\_, di essere familiare (indicare vincolo) \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (indicare cognome e nome, luogo e data di nascita, residenza anagrafica, cittadinanza - Paese UE) e di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, come da permesso n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ dalla Questura di \_\_\_\_\_ (scadenza \_\_\_\_\_);
- di essere cittadino del seguente Paese non appartenente all'Unione Europea: \_\_\_\_\_ e di essere titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ dalla Questura di \_\_\_\_\_ (scadenza \_\_\_\_\_);
- di essere cittadino del seguente Paese non appartenente all'Unione Europea: \_\_\_\_\_ e di essere titolare del permesso di soggiorno per lo status di rifugiato n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ dalla Questura di \_\_\_\_\_ (scadenza \_\_\_\_\_);
- di essere cittadino del seguente Paese non appartenente all'Unione Europea: \_\_\_\_\_ e di essere titolare del permesso di soggiorno per lo status di protezione sussidiaria n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ dalla Questura di \_\_\_\_\_ (scadenza \_\_\_\_\_).

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (firma)





DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

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

dichiara:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

\* \* \*

N.B. Le dichiarazioni relative ai servizi prestati devono indicare: l'ente presso il quale il servizio è stato prestato e la sede; la natura giuridica del rapporto (rapporto di dipendenza a tempo indeterminato o a tempo determinato; rapporto libero-professionale; collaborazione coordinata e continuativa, ecc.); la qualifica/profilo professionale e la disciplina; la tipologia del rapporto (orario intero o orario ridotto, con indicazione delle ore settimanali; rapporto di lavoro esclusivo o non esclusivo); la data di inizio e fine del rapporto; eventuali interruzioni del rapporto (aspettativa, sospensioni cautelari, ecc.). Per i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni deve essere indicata la causa di risoluzione del rapporto. Nel caso di servizi prestati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale deve essere precisato se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761, con indicazione della misura della riduzione del punteggio di anzianità.

Utilizzare un modulo per ogni Azienda o Ente presso cui si è prestato servizio