

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO PER IL  
CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI  
DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA  
"Laboratorio Analisi" del ULSS n. 8  
disciplina: patologia clinica (laboratorio di analisi  
chimico-cliniche e microbiologia)**

**Protocollo:**

**Al Direttore Generale  
Azienda Ulss n.8 di Asolo  
Via Forestuzzo,41  
31011 – ASOLO (TV)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso all'avviso pubblico per il conferimento di un incarico di Direttore dell'unità operativa "Laboratorio Analisi" dell'ULSS n. 8 – disciplina: "patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)", indetto da codesta Amministrazione con deliberazione 22 dicembre 2015, n. 1482 (pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto \_\_\_\_\_ e, per estratto, nella Gazzetta Ufficiale – 4<sup>a</sup> serie speciale \_\_\_\_\_).

**Dichiara e certifica, con effetto anche ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., 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:**

- a) di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e di risiedere attualmente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- b) di essere di stato civile: \_\_\_\_\_ (figli n. \_\_\_\_\_);
- c) di essere in possesso della cittadinanza italiana;
- d) di  *essere*/  *non essere* iscritto nelle liste elettorali \_\_\_\_\_ (1);
- e) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari \_\_\_\_\_;
- f) di  *avere*/  *non avere* riportato condanne penali \_\_\_\_\_(2);
- g) di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- h) di  *essere*/di  *non essere* in possesso della seguente specializzazione conseguita in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_:
- patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia);
- \_\_\_\_\_ (equipollente a patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia));
- \_\_\_\_\_ (non equipollente patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia));
- i) di essere iscritto all'albo dell'ordine dei  medici-chirurghi o  biologi della Provincia di \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- j) di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (3) (l'anzianità di servizio utile deve essere maturata presso amministrazioni pubbliche o presso altri istituti od enti previsti dall'art. 10 del D.P.R. n. 484/1997):
- di *avere* prestato servizio per almeno sette anni, di cui almeno cinque nella disciplina patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia) o disciplina: \_\_\_\_\_ (equipollente) e di essere in possesso della specializzazione prevista dal bando (o equipollente);
- ovvero**
- di *avere* prestato servizio per almeno dieci anni nella disciplina di patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia) e precisamente dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- k) di  *essere*/  *non essere* stato dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- l) di essere in possesso del seguente codice fiscale : \_\_\_\_\_

- m) di autorizzare il trattamento dei propri dati personali nei limiti previsti dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

I candidati portatori di handicap possono richiedere l'applicazione dell'art. 20 della legge 104/92, specificando l'ausilio necessario ed il tempo aggiuntivo per sostenere le prove d'esame.

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

**Posta Elettronica Certificata:**

.....

**oppure** al seguente indirizzo:

Sig.

\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ (C.A.P. \_\_\_\_\_)

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

(Tel. \_\_\_\_\_)

.....

(data)

.....

(firma)

- 
- 1) *in caso positivo, specificare di quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;*
  - 2) *in caso affermativo, specificare quali;*
  - 3) *in caso affermativo, allegare i relativi documenti probatori.*