

**Al Commissario
dell'Azienda Ospedaliera di Padova
Via Giustiniani 2 – 35128 PADOVA**

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

di essere ammesso/a all'AVVISO per l'attribuzione dell'incarico quinquennale di (indicare struttura) – Disciplina: – Profilo Prof.le: – Area: – Ruolo Sanitario.

A tal fine, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- a) di essere nato/a a (Prov. di ...) il e di risiedere a via n. (C.A.P.....);
- b) di essere cittadino/a (Indicare nazionalità)
- c) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di (In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicarne i motivi);
- d) di non aver riportato condanne penali (In caso contrario indicare le condanne penali riportate ed i procedimenti penali pendenti);
- e) di essere in possesso del/i titolo/i di studio richiesto/i per l'accesso alla posizione funzionale cui si ferisce l'avviso e precisamente:; (laurea/abilitazione etc.)
- f) di essere in possesso degli eventuali ulteriori requisiti specifici di ammissione (specializzazione, iscrizione albo professionale, anzianità servizio, ecc.) richiesti dal bando al paragrafo 2 (Indicare quelli previsti);
- g) di essere nei riguardi degli obblighi militari nella posizione di
- h) di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni/Privati (Indicare i servizi prestati e le eventuali cause di cessazione. Ai fini della valutazione allegare i certificati di servizio o autocertificare in modo dettagliato l'esatta denominazione ed indirizzo degli Enti, il profilo professionale, il tipo di rapporto di lavoro, sede, qualifiche rivestite con relativa disciplina, data iniziale e finale del servizio reso, aspettative, percentuale del part – time, ecc.
- i) di non essere stato/a escluso/a dall'elettorato attivo e di non essere stato/a dispensato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- j) che le seguenti copie di documenti, allegate alla domanda, sono conformi all'originale (Elencare solo le copie dei documenti e/o pubblicazioni da autenticare):
 - 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____

- k) di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000.

Ogni comunicazione relativa al presente AVVISO deve essere fatta al seguente indirizzo:
..... (Indicare il C.A.P.). Tel. n.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data . _____

FIRMA

Documenti da allegare alla domanda:

- curriculum formativo e professionale autocertificato in modo dettagliato con i titoli oggetto di valutazione
- **tipologia delle istituzioni** in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività; **tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime; tipologia ed alla quantità delle prestazioni effettuate dal candidato**
- elenco in duplice copia in carta semplice, dei documenti e dei titoli presentati;
- un elenco delle pubblicazioni e abstracts
- fotocopia documento di identità personale in corso di validità