

**DOMANDA DI AMMISSIONE CONCORSO
DIRIGENTE MEDICO
disciplina: ANESTESIA E RIANIMAZIONE
Protocollo:--**

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

Il sottoscritto _____

CHIEDE

di essere ammesso al concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione, a tempo indeterminato, di n. 1 Dirigente Medico – disciplina: anestesia e rianimazione, indetto da codesta Amministrazione con deliberazione 16 luglio 2014, n. 847 (pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto --, n. -- e, per estratto, nella Gazzetta Ufficiale – 4^a serie speciale – , n. --).

Dichiara 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. _____; C.F.: _____
- b) di essere di stato civile: _____ (figli n. _____);
- c) di essere in possesso della cittadinanza italiana o UE: _____ e di godere dei diritti civili e politici;
- 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 dei seguenti titoli di studio: laurea in medicina e chirurgia conseguita in data _____ presso _____; di essere in possesso della seguente specializzazione:
 disciplina anestesia e rianimazione;
 _____ (disciplina equipollente ai sensi del DM 30.1.1998);
 _____ (disciplina affine ai sensi del D.M. 31.1.1998);
conseguita in data _____ presso _____;
ai sensi del DLgs n. corso di studi pari a n. anni.
(indicare laurea e specializzazione specificando se quest'ultima è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/1991 o del D.Lgs. n. 368/1999, nonché la durata del corso in quanto oggetto di valutazione);
- h) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita nell'anno _____ presso _____;
- i) di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi della Provincia di _____ dal _____;
- j) di avere/ non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (3);
- k) di essere/ non essere stato/a dispensato/a 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 avere/ non avere diritto ad usufruire di riserve, precedenza o preferenze (4) _____;
- m) di autorizzare il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del 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 dichiarare i servizi come indicato nel bando di concorso (punto 8, lettera B);
- 4) in caso affermativo, specificare quali ed allegare i relativi documenti probatori.