

**(modello domanda)**

Al Commissario  
Azienda ULSS n. 5  
Via Trento, 4  
36071 Arzignano (VI)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per l'attribuzione di incarico quinquennale, con rapporto esclusivo, di Dirigente Medico (Responsabile di Struttura Complessa) Direttore dell'U.O.C. "Distretto/Organizzazione dei servizi sanitari di base".

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 (o equivalente)

(in caso di cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea autocertificare il possesso dei requisiti ulteriori di cui all'art. 3 del DPCM n. 174/1994);

4) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;

5) di non aver riportato alcuna sentenza penale di condanna passata in giudicato o alcun decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. e di non avere procedimenti penali pendenti. In caso contrario, dichiara quanto segue:  
\_\_\_\_\_;

6) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari \_\_\_\_\_;

7) di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia 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 \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ 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 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);

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

14) di avere il seguente codice fiscale \_\_\_\_\_;

15) 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;

16) 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;

17) 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).

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)