

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

**CHIEDE**

di partecipare al concorso pubblico per la copertura di n. 1 posto di

**DIRIGENTE MEDICO DI MEDICINA INTERNA**

indetto con deliberazione n. 117 del 12/03/2015

bando prot. n. 16259 del 19/03/2015

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

**DICHIARA:**

- 1) di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;
- 2) di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego senza alcuna limitazione specifica per la funzione richiesta dal posto in oggetto;
- 3) di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (A);
- 4) di avere/non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_ (B);
- 5) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: \_\_\_\_\_;
- 6) di essere in possesso:
  - a) della **laurea** in Medicina e Chirurgia, conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
  - b) dell'**abilitazione** all'esercizio della professione, conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
  - c) dell'**iscrizione all'Albo** dell'Ordine professionale della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
  - d) della **specializzazione** in \_\_\_\_\_, conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
    - ai sensi del DLGS 257/91 per una durata di n° \_\_\_\_\_ anni di corso;
    - ai sensi del DLGS 368/99 per la durata di n. \_\_\_\_\_ anni di corso;
    - non ai sensi delle succitate normative;  
(barrare la casella corrispondente);
- 7) di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
- 8) di non essere stato dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- 9) di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto ad usufruire di riserve, precedenza o preferenze: \_\_\_\_\_;
- 10) di avere diritto, in quanto beneficiario della Legge n° 104/1992, dell'ausilio di \_\_\_\_\_ nonché di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove pari a \_\_\_\_\_;
- 11) che l'indirizzo al quale deve essere inviata ogni necessaria comunicazione è il seguente: \_\_\_\_\_ - tel. \_\_\_\_\_ - tel. cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_;
- 12) di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della procedura concorsuale, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(la sottoscrizione non necessita di alcuna autentica)

- (A) in caso negativo, indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;  
(B) in caso affermativo, specificare quali;

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. n. 445/2000)**

In riferimento alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per la copertura di **n. 1 posto di Dirigente Medico di Medicina Interna, di cui al bando prot. n. 16259 del 19/03/2015,**

il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Dichiara**

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

• che le allegate copie dei sottoelencati documenti sono conformi agli originali in mio possesso:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_
24. \_\_\_\_\_
25. \_\_\_\_\_
26. \_\_\_\_\_
27. \_\_\_\_\_
28. \_\_\_\_\_
29. \_\_\_\_\_
30. \_\_\_\_\_
31. \_\_\_\_\_
32. \_\_\_\_\_
33. \_\_\_\_\_

---

**A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**CURRICULUM VITAE FORMATIVO E PROFESSIONALE**  
(redatto ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

**In riferimento alla domanda di partecipazione al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico di Medicina Interna di cui al bando prot. n° 16259 del 19/03/2015,**

il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Dichiara**

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

**TITOLI DI STUDIO**

**Diploma di Laurea** in \_\_\_\_\_  
conseguita presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**Abilitazione all'esercizio della professione** conseguita il \_\_\_\_\_

**Iscrizione all'albo dell'Ordine professionale** della Provincia di \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ decorrenza iscrizione \_\_\_\_\_

**Specializzazione in** \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ della durata di anni \_\_\_\_\_

**Ulteriori titoli di studio** (altri diplomi di laurea, master, specializzazioni, ecc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ conseguiti presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**SERVIZI SVOLTI (da compilare e ripetere per ciascuna tipologia di rapporto di lavoro)**

• di aver prestato servizio alle dipendenze di (indicare la denominazione del datore di lavoro e l'indirizzo) \_\_\_\_\_

ente pubblico       ente privato       ente privato convenzionato

con la qualifica di \_\_\_\_\_

disciplina di \_\_\_\_\_

periodo lavorativo (g/m/a) inizio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fine \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

con la seguente tipologia di contratto:

rapporto di lavoro a tempo indeterminato       a tempo determinato

a tempo pieno       orario ridotto n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

eventuale aspettativa senza assegni dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

eventuale causa di risoluzione del contratto di lavoro \_\_\_\_\_

contratto libero prof.le/CO.CO.CO., ecc. per n° ore settimanali \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

attività di continuità assistenziale/guardia medica/gettonista  
per n° ore totali \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
oppure

per n° \_\_\_\_\_ turni ciascuno di ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**ALTRE ATTIVITA' SVOLTE (da compilare e ripetere per ciascuna tipologia)**

- di aver svolto la seguente attività:
  - borsa di studio presso \_\_\_\_\_  
indirizzo completo \_\_\_\_\_  
per attività di \_\_\_\_\_  
periodo (g/m/a) inizio ...../...../..... fine ...../...../.....  
per un totale complessivo di ore.....
  - frequenza volontaria presso \_\_\_\_\_  
indirizzo completo \_\_\_\_\_  
periodo (g/m/a) inizio ...../...../..... fine ...../...../.....  
per un totale complessivo di ore.....
  - tirocinio post laurea (ad esclusione di tirocini obbligatori per il conseguimento di titoli di studio o abilitazione) presso \_\_\_\_\_  
indirizzo completo \_\_\_\_\_  
periodo (g/m/a) inizio ...../...../..... fine ...../...../.....  
per un totale complessivo di ore.....
  - di aver svolto la seguente attività didattica presso (indicare l'ente formativo, l'indirizzo, il corso di studi, la materia di insegnamento, le ore, il periodo):  
\_\_\_\_\_

**ATTIVITA' FORMATIVA E DI AGGIORNAMENTO (da compilare e ripetere per ciascun evento)**

- di aver frequentato i seguenti corsi, convegni, congressi e seminari  
corso di aggiornamento/convegno/seminario/meeting  
dal titolo .....  
Organizzato da .....  
tenutosi a .....  
Dal ..... al ..... di n. .... Giornate e n. .... ore  
    蠕 con esame finale                      蠕 senza esame finale  
    蠕 in veste di Uditore            ovvero 蠕 Docente/Relatore.

**ULTERIORI ATTIVITA'**

**Le dichiarazioni sostitutive dovranno essere chiare e complete in ogni particolare utile per una corretta valutazione di quanto dichiarato nelle stesse. In caso contrario, saranno ritenute "non valutabili".**

**A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_