

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 MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA

indetto con deliberazione n. _____ del _____
bando prot. n. _____ del _____

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 Malattie Metaboliche e diabetologia, di cui al bando prot. n. _____ del _____**,
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 Malattie Metaboliche e diabetologia di cui al bando prot. n° _____ del _____,

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
- con esame finale - senza esame finale
- in veste di Uditore ovvero - 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 _____