

(ALLEGATO A)

Al Direttore Generale
dell'Azienda ULSS 5 Polesana
Viale Tre Martiri, 89
45100 - R O V I G O

Il/la Sottoscritto/a _____, nato a
_____ il _____
CF _____ e residente a
_____ in Via _____
Telefono _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso pubblico, per titoli colloquio, per l'assunzione a tempo determinato di **n. 1 Dirigente Medico - disciplina: Radioterapia** indetto da codesta Azienda ULSS.

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate nell'art. 76 del DPR n. 445/2000 oltre alla decadenza dei benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

- 1) di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana _____);
- 2) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo _____);

- 3) di non aver mai riportato condanni penali e di non avere procedimenti in corso (ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali _____, da indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale);
- 4) di essere in possesso del diploma di laurea: _____ conseguito in data ____ presso _____;
- 5) di essere in possesso dell'abilitazione professionale: _____ conseguita nell'anno ____ presso _____;
- 6) di possedere altresì il diploma di specializzazione in _____ (specificare se conseguito ai sensi del D.Leg.vo 8 agosto 1991, n. 257 e/o ai sensi del D. Leg.vo 17 agosto 1999, n. 368), conseguito in data ____ presso _____ della durata di anni ____;
- 7) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei medici-chirurghi di _____;
- 8) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
- 9) di essere nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione _____;
- 10) di aver prestato i seguenti servizi _____, da indicare le eventuali cause di risoluzione dei rapporti di pubblico impiego (ovvero di non aver mai prestato servizio con rapporto d'impiego presso pubbliche amministrazioni);
- 11) di aver diritto alla precedenza o preferenza, in caso di pari punteggio, in quanto _____ (allegare documentazione probatoria);
- 12) di essere, o non essere, portatore di handicap, ai sensi dell'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e pertanto informa di avere necessità nel corso dello svolgimento delle prove dei seguenti tempi

aggiuntivi _____ nonché di aver diritto all'ausilio di ____ in relazione al proprio handicap (1) ;

13) di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di concorso e di accettarle senza riserva alcuna;

14) che le fotocopie di tutti i certificati/attestati allegati alla presente domanda sono conformi agli originali, ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000;

15) di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003;

16) di impegnarsi a comunicare, per iscritto eventuali variazioni del recapito, riconoscendo che l'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario e chiede che tutte le comunicazioni riguardanti la selezione vengano indirizzate a:

Dr. / Dr.ssa: _____

Via _____

Comune di _____

(Prov. _____) Cap _____ Tel. _____

Data.....

Firma

**LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO NOTORIO E
LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE
DEVONO ESSERE COMPLETE DI TUTTI GLI ELEMENTI
ED INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ATTO CHE
SOSTITUISCONO.**

- **Alla presente allega :**
- **Un curriculum formativo e professionale, datato e firmato;**

- **Un elenco, in triplice copia, dei documenti presentati;**
- **Copia autenticata nelle forme di legge, dei documenti e titoli che intende presentare ai fini della valutazione, (ovvero dichiarazioni sostitutive – modulo B e/o modulo C allegato);**
- **Una copia non autenticata e firmata di valido documento di riconoscimento;**
- **Le domande e la documentazione devono essere esclusivamente:**
 - inoltrate a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, all'AZIENDA ULSS 5 POLESANA – VIALE TRE MARTIRI, 89 – 45100 ROVIGO;
 - ovvero presentate all'UFFICIO PROTOCOLLO GENERALE - AZIENDA ULSS 5 POLESANA – VIALE TRE MARTIRI, 89 – 45100 ROVIGO – dalle ore 9.00 alle ore 13.00 tutti i giorni feriali, Sabato escluso.

⁽¹⁾ Tale precisazione è richiesta solo ai candidati portatori di handicap, ai sensi della Legge 5.2.1992 n. 104.

MODULO B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445/2000)

Il/la Sottoscritto/a..... chiede di partecipare all'avviso di **mobilità volontaria** ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001, indetto da codesta Azienda, per: **n. 1 posto di Dirigente Medico di Radioterapia.**

Il/la sottoscritto/a,
nato/a a

il, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 DPR 445/2000 sulla responsabilità penale di cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere e sotto la propria responsabilità

DICHIARA,

in sostituzione delle normali certificazioni, di essere in possesso dei sottoelencati titoli/certificati:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Data _____

(Firma del dichiarante per esteso e leggibile) (1)

LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE DEVONO ESSERE COMPLETE DI TUTTI GLI ELEMENTI ED INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ATTO CHE SOSTITUISCONO.

(1) La firma non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di partecipazione alla selezione venga spedita, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato.

MODULO C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

Il/la Sottoscritto/a..... chiede di partecipare all'avviso di **mobilità volontaria** ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n.

165/2001, indetto da codesta Azienda, per: **n. 1 posto di Dirigente Medico di Radioterapia.**

Il/la sottoscritto/a

nato/a a

il, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 DPR 445/2000 sulla responsabilità penale di cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che le allegate copie dei sottoelencati

titoli/certificati/attestati/documenti, sono conformi agli originali:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Data _____

(Firma del dichiarante per esteso e leggibile) (1)

LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO NOTORIO DEVONO ESSERE COMPLETE DI TUTTI GLI ELEMENTI ED INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ATTO CHE SOSTITUISCONO.

(1) La firma non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di partecipazione alla selezione venga spedita, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato.