

ALLEGATO A

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (prov. _____) il _____
Codice fiscale: _____
indirizzo di residenza: Via _____ n. _____
città _____ Prov. _____ cap. _____
indirizzo domicilio: c/o _____ Via _____
città _____ Prov. _____ cap. _____
Indirizzo E Mail PEC **al quale inviare ogni comunicazione.** _____

CHIEDE

di partecipare all'**avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di:**

DIRIGENTE MEDICO - DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA
"MEDICINA PROTETTA"

A tal fine sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del PR N. 445/2000 e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera:

DICHIARA

1. riguardo la cittadinanza:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana
- di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana:
- Cittadinanza del seguente Stato membro dell'U.E. _____
- Cittadinanza del seguente Stato _____ e possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38 - comma 1 e comma 3 bis del DLGS 165/01 e s.m. : _____

SOLO PER COLORO CHE POSSIEDONO UNA CITTADINANZA DIVERSA DA QUELLA ITALIANA

- di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza
- di essere in possesso degli altri requisiti previsti dal bando per gli altri cittadini della Repubblica
- di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana

2. riguardo l'iscrizione nelle liste elettorali:

- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
- di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____

3. riguardo le condanne penali

- di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- di avere riportato le seguenti condanne penali e/o procedimenti penali in corso: _____

(specificare la violazione della legge e/o art.)

4. di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

- Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di _____ in data _____
- Diploma di specializzazione nella disciplina di _____ conseguito presso l'Università di _____ il _____ della durata legale di anni _____
- Iscrizione all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ al n. _____

5. di aver prestato (o di prestare) servizio con rapporto d'impiego presso Pubbliche Amministrazioni e di non essere stato/a destituito/a, dispensato/a o licenziato/a dalle Pubbliche Amministrazioni

6. di non essere stato/a dispensato/a o destituito/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile

7. di essere/ non essere (cancellare la voce che non interessa) in possesso dell'attestato di Formazione Manageriale di cui all'art.5, comma 1, lett.D) del D.P.R. 484/1997

8. di essere in possesso dell'anzianità di servizio richiesta dal bando di anni _____ nella disciplina o disciplina equipollente: _____;
specializzazione nella disciplina o disciplina equipollente _____ maturata presso (art.10, comma 1, D.P.R. 484/1997):
- Amministrazioni Pubbliche: _____
- Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico: _____
- Istituti o Cliniche Universitarie: _____
- Istituti Zooprofilattici Sperimentali: _____

9. di aderire, nel caso di conferimento dell'incarico, all'opzione per il rapporto di lavoro esclusivo oppure
 di non aderire, nel caso di conferimento dell'incarico, all'opzione per il rapporto di lavoro esclusivo

10. di accettare tutte le prescrizioni contenute nel presente bando

11. di autorizzare al trattamento dei dati personale ai sensi del D.Lgs30.6.2003 n.196 e s.m. e i. finalizzato nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

12. di consentire la pubblicazione sul sito aziendale www.asl.vt.it sezione concorsi del proprio curriculum nella previsione di cui all'art.15 comma 7-bis del novellato D.Lgs.n.502/92

13. di eleggere il domicilio presso il quale deve essere data, ad ogni effetto ogni necessaria comunicazione relativa al presente bando:
città _____ via _____ n. _____ cap _____
tel/cell. _____ e-mai/PEC _____

Al fine della valutazione di merito il sottoscritto presenta un curriculum formativo e professionale datato e firmato redatto nella forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Si allega fotocopia di documento di riconoscimento, in corso di validità (senza tale fotocopia la dichiarazione non ha valore).

Data _____

Firma _____

(la domanda deve essere sottoscritta dal candidato, pena nullità della stessa)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(artt. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m. e i.)

ALLEGATO B

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____
in via _____ n. _____ cap. _____ tel. _____

con riferimento all'allegata istanza di partecipazione all'avviso pubblico, per il conferimento di un incarico "quinquennale" per la copertura di un posto di Direttore di Struttura Complessa **Medicina Protetta**, consapevole che in caso di falsa dichiarazione gli atti verranno trasmessi alla Procura della Repubblica per l'applicazione delle previste sanzioni penali e si procederà alla revoca del provvedimento di ammissione all'avviso pubblico, ovvero alla risoluzione del contratto di lavoro stipulato, dichiara sotto la propria responsabilità:

- 1 – Attività di servizio.....;
- 2 – Borse di Studio.....;
- 3 – Incarichi libero professionali.....;
- 4 – Attività di docenza.....;
- 5 – Frequenza corsi di formazione.....;
- 6 – Frequenza corsi di aggiornamento.....;
- 7 – Partecipazione a convegni, seminari.....;
- 8 – Pubblicazioni.....;
- 9 – Ulteriori titoli.....;

Si allega fotocopia di documento di riconoscimento, in corso di validità (senza tale fotocopia la dichiarazione non ha valore).

Località e data _____

(firma del dichiarante)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m. e i.)

ALLEGATO C

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

in via _____ n. _____ cap. _____ tel. _____

con riferimento all'allegata istanza di partecipazione all'avviso pubblico, per il conferimento di un incarico "quinquennale" per la copertura di un posto di Direttore di Struttura Complessa **Medicina Protetta**, consapevole che in caso di falsa dichiarazione gli atti verranno trasmessi alla Procura della Repubblica per l'applicazione delle previste sanzioni penali e si procederà alla revoca del provvedimento di ammissione all'avviso pubblico, ovvero alla risoluzione del contratto di lavoro stipulato, dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) titoli di studio
- b) specializzazioni
- c) abilitazione
- d) iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi
- e) profilo professionale
- f) ulteriori titoli

Si allega fotocopia di documento di riconoscimento, in corso di validità (senza tale fotocopia la dichiarazione non ha valore).

Località e data _____

(firma del dichiarante)