

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
 (cognome – scrivere in stampatello) (nome – scrivere in stampatello)

### CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso pubblico, per titoli ed esami, per:

n. \_\_\_\_ posti di DIRIGENTE MEDICO DI \_\_\_\_\_

**A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci**

### DICHIARA

- ✓ di essere nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- ✓ di risiedere a \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- ✓ C.F.: \_\_\_\_\_
- ✓ Telefoni \_\_\_\_\_
- ✓ che ogni necessaria comunicazione venga inviata al seguente indirizzo (*in caso di mancata indicazione vale l'indirizzo di residenza sopraindicato*):  
 (PEC) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
**oppure**  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_
- ✓ di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare gli eventuali cambi di indirizzo all'Azienda, la quale non assume responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato;
- ✓ di essere in possesso della cittadinanza italiana  
**oppure**
- ✓ di essere in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana: cittadino \_\_\_\_\_  
 Stato membro dell'Unione Europea:
  - di essere in possesso degli altri requisiti previsti dal bando per i cittadini italiani
  - di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana**oppure**
- ✓ di essere in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana: possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3 bis del D.Lgs 165/2001 e s.m.i. ovvero
  - di essere in possesso degli altri requisiti previsti dal bando per i cittadini italiani
  - di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana
- ✓ di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
**oppure**
  - di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo \_\_\_\_\_
  - di non avere riportato condanne penali e di non avere conoscenza di procedimenti penali pendenti a proprio carico;**oppure**
  - di avere riportato le seguenti condanne (*precisare gli artt. del Codice Penale e di Procedura Penale*)**oppure**
  - di avere i seguenti procedimenti penali pendenti presso il Tribunale di \_\_\_\_\_ (*precisare gli artt. del Codice Penale e di Procedura Penale*)



**DICHIARA INOLTRE DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI DI AMMISSIONE:**

- ✓ laurea in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
presso l'Università \_\_\_\_\_
- ✓ diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
presso l'Univ. \_\_\_\_\_ durata legale del corso anni \_\_\_\_\_  
☐ conseguita ai sensi del D.Lgs 368/99      ☐ conseguita ai sensi del D.Lgs 257/91
- ✓ di non essere ancora in possesso del diploma di specializzazione richiesto dal bando ma di essere attualmente iscritto al \_\_\_\_ anno del corso di specializzazione in \_\_\_\_\_  
presso l'Università di \_\_\_\_\_ (durata legale del corso anni \_\_\_\_\_) con data presunta di specializzazione il \_\_\_\_\_.
- ✓ Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che i candidati iscritti all'ultimo anno di specializzazione verranno collocati in graduatoria separata e che potranno essere eventualmente assunti subordinatamente al conseguimento del titolo di specializzazione.
- ✓ iscrizione all'albo dell'ordine dei medici della Prov. di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- ✓
- ✓ di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego, ovvero licenziato presso pubbliche amministrazioni
- ✓ di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione *(solo per i candidati di sesso maschile nati entro il 31/12/1985)* \_\_\_\_\_
- ✓ di avere svolto servizio militare di leva o servizio civile dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con mansioni di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- ✓ di avere diritto alla preferenza, in caso di parità di punteggio ai sensi dell'art. 5 D.P.R. 487/1994 e s.m.i., per il seguente motivo *(es. n. figli, appartenenza categorie protette ecc. come da documenti probatori allegati ovvero autocertificati nei limiti previsti dalla legge)*: \_\_\_\_\_
- ✓ di richiedere ai sensi della Legge 104/1992, in quanto portatore di handicap, il seguente ausilio necessario per l'espletamento delle prove \_\_\_\_\_ e / o la necessità di tempi aggiuntivi;
- ✓ di essere disponibile ad operare presso le strutture ed i servizi dell'Azienda nelle forme e secondo le modalità previste dalla legge;
- ✓ di avere preso visione dei contenuti del bando e di essere a conoscenza che: l'Azienda non può accettare le certificazioni rilasciate dalle Pubbliche Amministrazioni in ordine a stati, qualità personali e fatti e che in luogo di tali certificati occorre presentare dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell'atto di notorietà; tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in occasione dell'espletamento delle procedure selettive verranno trattati nel rispetto del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196, nonché del Regolamento Europeo n. 679/2016.
- ✓ che tutte le fotocopie dei titoli allegati sono conformi all'originale;
- ✓ che quanto dichiarato nell'allegato curriculum formativo e professionale corrisponde a verità.

data \_\_\_\_\_

Firma

**ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'**



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(ai sensi art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.)

il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.,  
concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni  
penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

di aver prestato (o di prestare) i seguenti servizi:

denominazione Ente, località sede legale, natura giuridica	Periodo servizio		Profilo professionale Ricoperto	Ore settimanali	Natura giuridica del rapporto ed eventuali interruzioni
	dal	al			

data \_\_\_\_\_

Firma

**ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'**