

AL DIRETTORE GENERALE DI MONTECATONE R.I. Spa

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome

Nome

Nato/a il ____/____/____ a

Prov. _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a

Prov. _____ C.A.P. _____

via _____ n. _____

domiciliato/a

a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

via _____ n. _____

indirizzo e-mail personale _____

indirizzo e-mail posta certificata _____

Telefono cellulare _____

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A ALL' AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA PER
CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI PER ATTIVITA' DI
GUARDIA MEDICA**

PUBBLICATO IL 29/09/2023 SCADENTE IL 16/10/2023 ORE 10,00 (PROT. 2023/1759)

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R.445 del 28.12.2000 e accertati dall'Azienda 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, **a tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

di ESSERE in possesso della cittadinanza

_____ (indicare la nazionalità)

(per i cittadini italiani)

di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di

_____ (indicare il Comune)

di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo

_____ (indicare il motivo della non iscrizione)

I cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana (cittadinanza in Paese dell'Unione Europea), dovranno dichiarare

di non avere a proprio carico provvedimenti giudiziari che comportino nel Paese di origine o in Italia la perdita del diritto di voto

- di NON AVERE riportato condanne penale
- di AVERE RIPORTATO le seguenti condanne penali:

(indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)

(per i soli uomini)

- di ESSERE nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione:

(indicare se congedato, riformato, esente ai sensi di L. 226/04...)

- di ESSERE in possesso di essere in possesso della **Laurea in Medicina e Chirurgia**

Conseguita il / / presso l'Università

- di essere in possesso del diploma di **specializzazione in** _____
- conseguito in data _____ presso l'Università di _____

- di ESSERE iscritto di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici chirurghi della Provincia di _____

- di NON avere mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso Pubbliche Amministrazioni;

- di AVERE PRESTATO SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso Pubbliche Amministrazioni *(come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata);*

Indicare _____ le _____ cause _____ di
risoluzione _____

- di PRESTARE SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato o in Libera Professione presso Pubbliche Amministrazioni *(come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata)*

Il/la sottoscritto/a presenta:

- sotto forma di autocertificazione un curriculum formativo e professionale datato e firmato,
- fotocopia della carta d'identità

data

Firma

(Firma in originale – La mancata sottoscrizione in originale determina l'esclusione dalla procedura)