

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. _____

indirizzo e-mail personale _____

indirizzo e-mail posta certificata _____

Telefono cellulare _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO ALLA

PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 (UNO) INCARICHO LIBERO PROFESSIONALE A LAUREATE IN MEDICINA E CHIRURGIA CON SPECIALIZZAZIONE IN CARDIOLOGIA PRESSO MONTECATONE R. I. S.P.A. - N. DI PROT. 1730 DEL GIORNO 02/09/2020 DATA DI PUBBLICAZIONE 03/09/2020 – DATA DI VALIDITÀ DAL 03/09/2020 – SCADENZA 17/09/2020.

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:**

(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare)

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 _____

- CONSEGUITO ai sensi del D.Lgs n.257/91 o del D.Lgs n.368/99 – durata del corso anni _____
- NON CONSEGUITO ai sensi del D.Lgs n.257/91 o del D.Lgs n.368/99
- 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 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

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

- l'elenco degli ammessi sarà pubblicato **il 18/09/2020** contestualmente alla conferma della data dell'eventuale colloquio previsto per martedì 22 settembre 2020 alle ore 10:00 presso la Sala Riunioni della Formazione (3° Piano di Montecatone R.I. Spa);
- **Montecatone R.I. Spa si riserva comunque la facoltà di non procedere all'espletamento del colloquio in presenza di una richiesta di partecipazione.**

data

Firma

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