

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 alla Procedura comparativa per il conferimento di n. 1 (un) incarico libero professionale a Procedura comparativa per conferimento di n. 1 incarico libero professionale a Laureato in Medicina e Chirurgia con specializzazione in Anestesia e Rianimazione - N. di prot. 2866 del giorno 28/11/2018 data di pubblicazione 28/11/2018 – data di validità dal 29/11/2018 – scadenza 14/12/2018

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)

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 _____ durata del corso anni _____

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 17/12/2018,
- I candidati ammessi sono convocati per l'espletamento del colloquio **il giorno 18/12/2018 alle ore 09:00** presso l'Aula della Direzione, sita al Piano Terra di Montecatone R.I. Spa – Via Montecatone, 37 – 40026 Imola (BO).

data

Firma

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