

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

Prov. _____ C.A.P. _____

via _____ n. _____

indirizzo e-mail personale _____

indirizzo e-mail posta certificata _____

Telefono cellulare _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A ALLA

Procedura Comparativa per la predisposizione di un elenco di Professionisti Laureati in Medicina e Chirurgia con specializzazione in Anestesia e Rianimazione a cui conferire incarichi libero professionali per la Terapia Intensiva 10/07/2019 e scadente il 25/07/2019

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 _____

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)

di essere in quiescenza dal _____

di AVERE DIRITTO alla preferenza in caso di parità di punteggio (art. 5 comma 3 punto 4) DPR 487/94 e s.m.i) per il seguente motivo: _____ (allegare la documentazione probatoria);

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 **26/07/2019**;

data

Firma

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