

ALLA DIREZIONE AZIENDALE 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 BANDO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER **TITOLI E PROVE DI ESAME**, PER LA COPERTURA **DEFINITIVA DI N. 1 POSTO DEL PROFILO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA** - posizione D – Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Sanità Privata – **Prot. 2024/1592 pubblicato il 01/08/2024 con validità dal 02/08/2024 e scadente il 21/08/2024 alle ore 12:00;**

CCNL di riferimento Contratto collettivo di Lavoro (2016 – 2018) Sanità Privata Personale Comparto (08/10/2020) e Contratto Integrativo Aziendale parificato economicamente al CCNL SSN (29/01/2021);

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 del seguente titolo richiesto per l'ammissione:

Conseguito il / / presso _____

di ESSERE iscritto alla Federazione Nazionale Ordini dei TSRM e delle professioni sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione della provincia di _____ dall'anno _____

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 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:

- **Le PROVE SCITTA, PRATICA e ORALE si svolgeranno, in un'unica data compatibilmente con il numero dei candidati ammessi, nella giornata di: LUNEDI' 26 AGOSTO 2024;**
- **L'elenco dei candidati ammessi sarà pubblicato sul sito www.montecatone.com, entro il giorno 22/08/2024, contestualmente alla conferma della/e data/e per lo svolgimento delle prove, alla sede di svolgimento ed orario di convocazione.**

data

Firma

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