

ALLEGATO "A" – DOMANDA (in carta semplice)

Spett. le ASP Istituzioni Assistenziali Riunite
Ufficio Personale
Via Emilia n° 12
27100 PAVIA

Tel. 0382.381369 – 0382.381350
fax 0382.381301

uff.personale@asppavia.it

Il/La sottoscritto/a					
Nato/a a				il	
Residente in					
Indirizzo/n./cap.					
Telefono n°				Cellulare n°	
fax		e-mail	@		
Codice fiscale				Partita IVA	

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura pubblica per la formulazione di un elenco da utilizzare per il conferimento di incarichi in regime libero-professionale per "Medico Chirurgo"; "Infermiere Professionale"; "Fisioterapista"; da destinare alle Strutture sanitarie e socio-sanitarie Aziendali (Istituto di Riabilitazione, Residenza Sanitaria Assistenziale, Residenza Sanitaria Disabile).

A tal fine, ai sensi degli artt. 2 e 4 della Legge n. 15/1968 e degli artt. 1 e 2 del D.P.R. n. 403/1998, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

1)	di essere nato/a in data e luogo; di essere residente nel luogo.....;
2)	essere cittadino/a italiano/a ovvero di essere cittadino del seguente Stato membro dell'Unione Europea:.....
3)	<i>(solo per i cittadini di Stati extracomunitari)</i> di essere cittadino del seguente Stato extracomunitario:
4)	<i>(per i cittadini italiani)</i> di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di oppure <i>(indicare i motivi della mancata iscrizione o della cancellazione dalle liste elettorali)</i>
5)	di avere conseguito il titolo di studio di nell'anno..... presso
6)	di essere iscritto (all'Albo Professionale oppure all'Ordine Professionale al n°.....)
7)	di non avere riportato condanne penali, né di avere procedimenti penali in corso oppure di aver riportato le seguenti condanne penali o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti - precisando eventuali provvedimenti di amnistia, condono, idulto o perdono giudiziario <i>(cancellare se non interessa)</i>

8)	di impegnarsi tramite dichiarazione da inoltrare prima dell'inizio del servizio ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 445/2000 a non effettuare se non debitamente autorizzato, attività privata presso le strutture dell'ASP e di non svolgere altre attività in conflitto di interessi con quella presso l'ASP.
9)	di essere fisicamente idoneo all'esercizio delle mansioni previste per la figura di
10)	<i>(solo per i cittadini della Comunità Europea e di Stati extracomunitari)</i> di avere adeguata conoscenza della lingua italiana, nonché di godere dei diritti civili e politici anche in (indicare lo Stato di appartenenza o di provenienza) - ovvero - indica i motivi del mancato godimento.....
11)	di eleggere domicilio agli effetti della presente procedura all'indirizzo sopra riportato.

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati, nel rispetto del Decreto Legislativo 30/6/2003, n. 196 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Allega i seguenti documenti:

1) curriculum

2)

3)

data, _____

firma

ALLEGARE SEMPRE FOTOCOPIA INTEGRALE DI VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ