

AL DIRETTORE DELLA AREA VASTA n. 4
Via Zeppilli, 18
63900 F E R M O

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per titoli e colloquio per il conferimento di n. 1 incarico a tempo determinato straordinario di **DIRIGENTE MEDICO Disciplina NEFROLOGIA** bandito da codesta Area Vasta con Determina n. _____/AV4 del _____. A tale fine sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- 1) Di essere nato/a a _____ il _____
- 2) Di essere residente a _____ via _____
- 3) Di essere in possesso:
 - ☐ della cittadinanza italiana
 - ☐ della cittadinanza di uno stato membro UE _____
 - ☐ della cittadinanza di uno stato terzo _____ titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
 - ☐ dello status di rifugiato (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
 - ☐ dello status di protezione sussidiaria (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
- 4) Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
- 5) ☐ Di non aver riportato condanne penali.
☐ Di aver riportato le seguenti condanne penali _____.
- 6) Di avere la seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____.
- 7) Di essere in possesso:
 - a) del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ (indicare giorno-mese-anno);
 - b) del diploma di abilitazione alla professione di medico-chirurgo conseguita presso l'Università degli Studi di _____ nell'anno _____;
 - c) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ (indicare giorno-mese-anno) al n. di posizione _____;
 - d) di essere in possesso della specializzazione in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ (indicare giorno-mese-anno) ai sensi del D.L.vo 257/91 o del D.L.vo 368/99 della durata legale di anni _____ (cancellare se non interessa);
- 8) ☐ Di non aver prestato servizi presso Pubbliche Amministrazioni;
oppure
☐ Di aver prestato (e di prestare) i sotto indicati servizi presso Pubbliche Amministrazioni (indicare eventuali cause di risoluzione):

Denominazione Ente	Periodo		Qualifica rivestita	Tipo di rapporto (*)	Cause di risoluzione
	dal	al			

--	--	--	--	--	--

(*) indicare tipo di rapporto (a tempo pieno o part-time con indicazione dell'orario svolto; tempo determinato o tempo indeterminato), , eventuali periodi di aspettativa (dal – al)

- ☐ Che relativamente a suindicati servizi ☐ ricorrono ☐ non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979 relativo alla riduzione del punteggio di servizio per mancata partecipazione all'attività di formazione (in caso positivo precisare la misura della riduzione);

9) di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;

10) Di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata _____

11) Di dare il consenso al trattamento dei dati Personali (D.Lgs 196/2003).

12) Di aver diritto a precedenza e preferenze di legge in quanto (Allegare la documentazione probatoria _____)

13) Che il domicilio presso il quale deve essere fatta, ad ogni effetto e fino a nuova comunicazione, ogni necessaria comunicazione è il seguente:

NOME _____ COGNOME _____

VIA _____ N° _____

CITTA' _____ CAP _____

TELEFONO _____

E-MAIL _____

14) Di aver diritto, in quanto beneficiario della L. 104 del 5/2/92, dell'ausilio di _____ nonché di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove pari a _____.

Ai fini della valutazione di merito allega i documenti e i titoli, oltre al curriculum, come riportati nell'accluso elenco in triplice copia.

In fede.

Luogo _____ Data _____

_____ firma

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(art. 46, d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47, d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto
(Cognome e nome)

nato a (Comune) (.....), il (Prov.)

residente a (Comune) (Prov.) via n.

sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

Informativa art 13 D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003

Tutti i dati forniti con la presente dichiarazione saranno trattati dall'ASUR – Area Vasta n. 4 di Fermo per l'istruzione del procedimento amministrativo. Il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali ed informatici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse. Il trattamento è obbligatorio per l'emanazione del provvedimento finale, che non sarà reso possibile da un eventuale rifiuto di rispondere. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre pubbliche amministrazioni. Titolare del trattamento è l'ASUR – Area Vasta n. 4 di Fermo – Sede legale: Via Zeppilli n. 18 – 63900 Fermo. Al Titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'articolo 7 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003.

.....
(luogo e data)

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38 d.p.r. n. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione in quanto:

- Inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta;

OPPURE

- La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto.

estremi documento di riconoscimento (o attestazione conoscenza personale).....

.....
(firma del dipendente)