

**AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA
Via Ravona n. 20**

22042 - SAN FERMO DELLA BATTAGLIA (CO) -

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ **(prov. di** _____ **)**
il _____ **e residente in** _____

(prov. di _____ **) C.A.P.** _____
Via _____ **n.** _____ **Tel.** _____

C H I E D E

di essere ammesso/a all'avviso pubblico per la procedura di stabilizzazione di cui all'art. 1, comma 268, lett. B) della l. 234/2021 e s.m.i. per il profilo professionale di: **Dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica.**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

- 1.** ☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana
☐ di essere in possesso della cittadinanza del seguente Stato appartenente alla UE _____
☐ di essere in possesso della cittadinanza dello Stato di _____
 ☐ titolare del diritto / permesso di _____
 ☐ titolare dello status di rifugiato
 ☐ titolare dello status di protezione sussidiaria

- 2.** per i cittadini italiani:
☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
☐ di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____

per i cittadini degli altri Paesi:

- ☐ di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza
 ovvero (specificare i motivi in caso negativo) _____

- 3.** ☐ di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
☐ di avere subito le seguenti condanne penali _____
☐ di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____
 presso il Tribunale di _____

- 4.** ☐ di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

_____ il _____
conseguito presso _____

_____ il _____
conseguito presso _____

conseguito presso _____ il _____

5. ☐ di essere in possesso di tutti i requisiti di cui ai punti a) e b) del suindicato avviso pubblico per la procedura di stabilizzazione
6. ☐ di non essere titolare di un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato presso una Pubblica Amministrazione in profilo equivalente o superiore a quello oggetto della procedura di stabilizzazione
7. ☐ di aver prestato i servizi come specificati nella dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata alla presente domanda, la quale costituisce parte integrante della stessa
8. ☐ di non essere stato destituito/a (licenziato/a) o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo Contratto Collettivo
9. ☐ di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo ad avviso per il quale il/la sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a
10. ☐ di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione _____
11. ☐ di appartenere a categorie con diritto a preferenze ai sensi della normativa statale _____
12. ☐ che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a, dichiara di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente avviso pubblico.

Il/la sottoscritto/a, dichiara di aver letto e compreso l'informativa fornita dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679.

Il/la sottoscritto/a, chiede, infine, che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni, ed esonera l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità:

via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Città _____ (Prov. di _____)

PEC o CEC – PAC (intestata al sottoscritto) _____

Il sottoscritto avendo indicato l'indirizzo di PEC o CEC- PAC accetta che stesso diventi il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana.

Data _____

FIRMA

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DEGLI ARTT. 38 E 39 D.P.R. 28.12.2000, N. 445

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____

rilasciato il _____ da _____