

**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 i** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **(prov. di** \_\_\_\_\_ **) C.A.P.** \_\_\_\_\_  
**Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_ **Te** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter partecipare all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per la copertura di n. \_\_\_\_ post \_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

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 CE \_\_\_\_\_  
☐ 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 diplomi di Laurea:  
in \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
5. ☐ di essere iscritto/a all'ordine \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

6. ☐ di essere in possesso del diploma di Specializzazione  
☐ conseguito ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 o D.Lgs. n. 368/99  
e successive modificazioni e/o integrazioni  
☐ non conseguito ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 o D.Lgs. n. 368/99  
e successive modificazioni e/o integrazioni

in disciplina di \_\_\_\_\_

presso l'Università \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

la durata della Scuola di Specializzazione è di anni \_\_\_\_\_

- ☐ di essere medico specializzando iscritto al corso di specializzazione (disciplina) in \_\_\_\_\_

presso l'Università \_\_\_\_\_

• anno del corso di specializzazione a cui risulta iscritto \_\_\_\_\_

• durata legale della scuola di specializzazione (anni) \_\_\_\_\_

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/a destituito/a (licenziato/a) o dispensato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione
9. ☐ di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo ad avviso
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 _____
------------------------------