

**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 _____