

Al Direttore Generale
Asst della Valcamonica
Via Nissolina n. 2
25043 BRENO (Bs)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a il _____ a _____ (_____)
(data) (luogo) (provincia)
residente a _____ C.A.P. _____
(luogo)
in _____ Telef.: _____
(indirizzo)
Codice fiscale _____ email (non PEC) _____

chiede di essere ammesso/a a partecipare al pubblico avviso - per titoli e colloquio - per il conferimento dell'incarico di:

**- Dirigente medico - Direttore della Struttura complessa (UOC) "Anatomia Patologica"
nell'ambito del Dipartimento Dei Servizi**

con scadenza **09/07/2018**

Consapevole delle pene previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/00 per mendaci dichiarazioni e falsità in atti e che la presente dichiarazione è soggetta al controllo dell'ASST ai sensi del medesimo D.P.R.:

Dichiara

- 1) di essere in possesso della cittadinanza italiana;
(ovvero di avere la cittadinanza in uno degli Stati Membri dell'Unione Europea);
- 2) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;
(in caso di mancata iscrizione indicare il motivo _____);
- 3) di non aver riportato condanne penali;
 di aver riportato condanne penali;
(in caso affermativo indicare le condanne penali riportate _____);
- 4) di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I (dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione) del titolo II (delitti contro la pubblica amministrazione) del libro secondo del codice penale;
 di essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I (dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione) del titolo II (delitti contro la pubblica amministrazione) del libro secondo del codice penale;
(in caso affermativo indicare le condanne penali riportate _____);

5) di essere nei riguardi degli obblighi militari: [] dispensato [] riformato [] con servizio svolto in qualità di _____ dal gg. ____ mese ____ anno ____
(grado / qualifica)
al gg. ____ mese ____ anno ____ presso _____

6) di essere in possesso dei seguenti titoli:

- Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il _____ presso _____
con punteggio _____

- di essere stato abilitato all'esercizio della professione nella ____ sessione anno _____

- di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione :

titolo _____ conseguito in data _____

presso _____ con punteggio _____ e della durata di anni _____

7) di essere iscritto/a all'albo professionale _____ della Provincia di _____ con il nr. _____ dal _____;

8) di aver prestato servizio presso (Denominazione Ente) _____ sito a

_____ (luogo) (c.a.p.) (provincia)

in _____

(indirizzo) (numero civico)

Posizione Funzionale _____

Disciplina di _____

dal gg. ____ mese ____ anno ____ al gg. ____ mese ____ anno ____

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tempo determinato

a tempo pieno a part-time al ____ %

CCNL applicato dall'Ente _____

9) di essere in servizio presso (Denominazione Ente) _____

sito a _____

_____ (luogo) (c.a.p.) (provincia)

in _____

(indirizzo) (numero civico)

Posizione Funzionale _____

Disciplina di _____

dal gg. ____ mese ____ anno ____ al gg. ____ mese ____ anno ____

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tempo determinato

a tempo pieno a part-time al ____ %

CCNL applicato dall'Ente _____

10) dichiara inoltre che, in riferimento ai servizi di cui sopra non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20/12/79 nr. 761;

11) di non essere incorso/a nella destituzione, dispensa o decadenza da precedenti impieghi presso Pubbliche Amministrazioni;

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

13) di non essere beneficiario di L. 104/1992;

di essere beneficiario di L. 104/1992;

(in caso affermativo indicare l'ausilio eventualmente necessario per l'espletamento del colloquio o l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi: _____);

14) di voler ricevere ogni comunicazione relativa alla presente domanda all'indirizzo di residenza di cui sopra

oppure:

al seguente indirizzo: Via _____ c.a.p. _____

Città _____ Provincia _____;

oppure:

al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata

(PEC): _____.

(data)

(firma non autenticata)

(se la presente istanza non è sottoscritta davanti al dipendente addetto deve essere allegata la fotocopia del documento di identità in forma semplice)

Informativa ai sensi del D. Lgs 196/2003: i dati acquisiti sono utilizzati dall'ASST della Valcamonica – Sebino di Breno esclusivamente per le finalità connesse all'istanza dell'interessato, al quale competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 (correzione, integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco).