

Codice procedura: 20040APAREACOV19

AL COMMISSARIO STRAORDINARIO
dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria"
Via Tristano di Joannuccio
05100 – TERNI (TR)

Il/La sottoscritto/a..... nato a.....
il..... residente in Via
CAP..... Telefono..... Cellulare.....

chiede di essere ammesso/a partecipare all'AVVISO PUBBLICO, per solo colloquio, per l'eventuale conferimento di incarichi individuali a tempo determinato di Dirigente Medico, da assegnare all'Area COVID-19, e rivolto ai medici specialisti ed in formazione specialistica (iscritti a partire dal III° anno del relativo corso di specializzazione) di cui alle sottoelencate discipline:

- **MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO**
- **MALATTIE INFETTIVE**
- **MEDICINA INTERNA**
- **EMATOLOGIA**
- **MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**
- **ENDOCRINOLOGIA**
- **SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA**
- **MEDICINA DELLO SPORT**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art.76 DPR n.445/2000 e s.m.i.), dichiara sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- a) di essere in possesso della cittadinanza(vedi nota 1);
- b) di godere dei diritti civili e politici (i cittadini non italiani, devono specificare il godimento dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza)
- c) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di.....(vedi nota 2);
 di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo.....;
- d) di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti
ovvero(vedi nota 3);
- e) di essere in possesso del Diploma di Laurea OVVERO conseguito presso
l'Università di..... in data.....;
- f) di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in.....presso
l'Università di in data durata (.....)
conseguito / non conseguito ai sensi del D.Lg.vo n. 257/1991 ovvero D.Lg.vo n. 368/1999, ovvero di essere medico in formazione specialistica iscritto alanno nella disciplina di
- g) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici di..... alla posizione n.;
- h) di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione.....;
- i) di prestare servizio o di avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni, come da dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata (vedi nota 4);
- l) di essere in possesso di esperienze lavorative con rapporto di lavoro libero professionale, borsa di studio, progetto o altro come da dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata (vedi nota 4);
- m) di non essere stato destituito o dispensato o licenziato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione
- n) di possedere i seguenti titoli comprovanti il diritto di precedenza o preferenza:
categoria (art. 5, punto 4, D.P.R. n. 487/94 e s.m.i.);
- o) di avere a carico n..... figli;
- p) di essere fisicamente idoneo allo svolgimento delle mansioni relativo al posto a selezione;
- q) che ogni comunicazione inerente l'Avviso Pubblico venga inviata al seguente indirizzo:
Via Comune..... Prov.
CAP recapiti telefonici.....

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Ospedaliera di Terni al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e gli allegati formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/ 30.06.2003.

Il sottoscritto allega la seguente documentazione, redatta come dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà:

- o schema curriculum formativo professionale, datato e firmato;
- o pubblicazioni in originale o copia conforme;
- o fotocopia fronte retro di un documento di identità personale, in corso di validità (obbligatorio)

Luogo,..... data ____/____/____

Firma per esteso del dichiarante

NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA

- 1) Specificare se italiana, di altro stato membro dell'Unione Europea;
- 2) In caso di non iscrizione o di cancellazione delle liste elettorali, indicarne i motivi;
- 3) In caso affermativo specificare le condanne riportate (anche in caso di amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale);
- 4) L'eventuale dichiarazione deve indicare gli Enti, natura giuridica del rapporto (contratto subordinato a tempo indeterminato/determinato), la qualifica rivestita (compresi i rapporti libero professionale e convenzionali), i periodi e gli eventuali motivi di interruzione e cessazione.