



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "S.MARIA"  
Via Tristano di Joannuccio, snc  
05100 – TERNI (TR)

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a ..... Prov.....  
il.....residente a..... Via.....  
C.F....., dipendente dell'Azienda Ospedaliera S. MARIA di Terni e in servizio presso  
.....qualifica..... Cat.....  
I.F.O.  SI  NO I.F.P.  SI  NO;

chiede di essere ammesso/a a partecipare all'avviso interno di "Manifestazione di disponibilità Centro Unico di Formazione e valorizzazione delle risorse umane" al fine di integrare il Comitato gestionale-operativo composto da personale a tempo pieno della Scuola Unica di Amministrazione Pubblica e personale delle Aziende (ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.p.r. 445/2000)

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), dichiara sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- a)  di essere in possesso della cittadinanza italiana o cittadinanza di uno dei Paesi dell'U.E.....  
o il possesso dei requisiti di cui all'art 38 c.1 e c. 3 D.Lgs 165/01 e s.m.i. .... ;
- 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 non aver subito condanne penali anche non definitive, e di aver/non aver procedimenti penali in corso. In particolare, di non avere condanne penali, anche non definitive e/o procedimenti penali in corso per reati contro la Pubblica Amministrazione o per reati commessi nello svolgimento delle attività oggetto della presente manifestazione di interesse
- d)  di essere in possesso del **Diploma di Laurea** .....conseguito presso l'Università di ..... in data.....;
- e)  di essere in possesso del **Diploma di Specializzazione** in..... presso l'Università di ..... in data ..... durata (.....)
- f)  di aver prestato servizio .....presso Azienda/Struttura .....
- g)  che ogni comunicazione inerente il presente Avviso venga inviata al seguente indirizzo abitazione o PEC :

Via ..... Comune..... Prov. ....

CAP ..... recapiti telefonici.....

PEC (posta elettronica certificata):.....

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Ospedaliera 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 e s.m.i.

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

- o IL CURRICULUM FORMATIVO PROFESSIONALE DATATO E FIRMATO
- o PDF FRONTE RETRO DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ (OBBLIGATORIO)

Luogo,..... data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma per esteso del dichiarante

\_\_\_\_\_