

ASL 2 - Sistema Sanitario Regione Liguria
Ufficio Protocollo
Via Manzoni n° 14
17100 SAVONA

__1__ sottoscritt _____ chiede di essere ammesso all'avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Dirigente medico di struttura complessa - disciplina: medicina interna, per la direzione della S.C. Medicina Interna 1 P.O. Ponente, indetto con deliberazione n° 624 del 07.08.2019.

A tal fine consapevole, secondo quanto previsto dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 e s.m.i, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, falsità negli atti ed uso di atti falsi dichiara quanto segue:

1) di essere nat__ a _____ (prov. di____) il _____
2) di essere residente in _____ Via o Piazza _____ n° ____ CAP _____ tel. _____ e-mail/e-mail pec _____

3) di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero di essere in possesso del requisito equivalente seguente: _____)

oppure di essere in possesso della cittadinanza del seguente Paese dell'Unione Europea: _____ o loro familiare non avente la cittadinanza di uno Stato membro titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente

ovvero di essere cittadino di un Paese terzo, titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o titolare dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria;

4) di essere iscritt__ nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero di non essere iscritt__ nelle liste elettorali per le seguenti motivazioni _____);

per i cittadini dell'Unione Europea (escluso i cittadini italiani), per i loro familiari di cui al punto 3) e per i cittadini di Paesi terzi:

di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza e cioè nello Stato di seguito indicato _____ (ovvero di non godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza per le seguenti motivazioni _____) e di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana – indicare SI/NO _____;

5) di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso (in caso affermativo precisare la relativa imputazione);

6) di avere conseguito la laurea in _____ presso _____ in data _____;
se conseguita all'estero indicare: riconosciuta in Italia con provvedimento Ministeriale del _____;

7) di avere conseguito il diploma di specializzazione in _____ presso _____ in data _____

se conseguito all'estero indicare: riconosciuto in Italia con provvedimento Ministeriale del _____;

8) di essere iscritt__ all'Albo dell'Ordine Professionale della Provincia di _____ dal _____ n. di iscrizione: _____;

9) di essere per quanto riguarda l'assolvimento degli obblighi militari nella posizione di _____;

10) i servizi prestati come impiegati presso pubbliche amministrazioni e le eventuali cause di cessazione di precedenti rapporti di pubblico impiego;

11) di essere a conoscenza delle condizioni ostative di inconfiribilità previste dagli artt. 3,4,6 e7 e di incompatibilità previste dagli artt. 9,11,12 e 13 del D.Lgs. n. 39 del 8.04.2013;

12) di optare, per la durata complessiva dell'incarico, secondo la seguente modalità:

rapporto di lavoro esclusivo;

rapporto di lavoro non esclusivo;

13) di prendere atto che, qualora dalla documentazione prodotta dal sottoscritto, l'Asl 2 rilevi l'impossibilità di conferire l'incarico in argomento, procederà d'ufficio all'esclusione dalla partecipazione al presente avviso pubblico;

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura, con esclusione della convocazione alle prove (che avverrà con le modalità previste al punto 7) del bando), venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: _____

oppure al seguente domicilio: Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Città _____ (Prov. di _____)

impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e a riconoscere che l'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

___/___/___ sottoscritt ___ dichiara altresì di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente in materia di privacy finalizzati all'espletamento della procedura di avviso cui è riferita la presente domanda.

Data _____

Firma _____