

Il/La sottoscritto/ta ..... nato/a ..... Prov..... il .....  
residente a ..... via..... n.....

chiede di essere ammesso/a a partecipare all'**AVVISO PUBBLICO**, per titoli e prova pratica, per la formazione di una graduatoria di **Dirigente Medico disciplina di NEFROLOGIA**.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e false (D.P.R 28.12.2000, n. 445), 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.....conseguito presso l'Università di.....in data.....;
- f)  di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in..... presso l'Università di ..... in data .....
- 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 avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni, ovvero presso strutture private come da dichiarazione sostitutiva o autocertificazione allegate (**vedi nota 4**);
- l)  di non essere stato destituito o dispensato o decaduto dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- m)  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.);
- n)  di avere a carico n..... figli;
- o)  di essere fisicamente idoneo all'impiego;
- p)  di autorizzare, ai sensi del D. Lg.vo n. 196/03 il trattamento dei dati personali per le finalità di gestione della selezione e l'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro.

Il domicilio presso il quale deve ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione è il seguente :  
Via.....Comune.....Prov.....C.A.P.....  
telefono.....cellulare.....;

**Allega** curriculum formativo e professionale datato e firmato

**Allega** in carta semplice l'elenco descrittivo datato e firmato dei documenti e titoli presentati, numerati progressivamente in relazione alla corrispondente copia del titolo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**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, la qualifica rivestita (compresi i rapporti libero professionale e convenzionali), i periodi e gli eventuali motivi di interruzione e cessazione.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGVO N. 196/03 - Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali**

I dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Ospedaliera – Area del Personale – per le finalità di gestione della selezione e saranno trattati presso una banca dati automatizzata anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla selezione. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle amministrazioni pubbliche direttamente interessate allo svolgimento della selezione o alla posizione giuridico-economica del candidato. L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 13 della citata legge tra i quali figura il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui il diritto di far rettificare, aggiornare, completare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti dell'Azienda Ospedaliera, titolare del trattamento.