

COD. GIUR /09/18

Il/La sottoscritto/ta nato/a Prov..... il
residente a via..... n.....
chiede di essere ammesso/a a partecipare all'**Avviso di Mobilità, per titoli e colloquio, a n. 2 posti di Dirigente Medico disciplina di PATOLOGIA CLINICA**.

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 e s.m.i.), quanto segue:

- a) di essere in possesso della cittadinanza;
- 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.....;
- di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo.....;
- d) di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso, ovvero
(indicare in modo dettagliato i procedimenti in corso nel foglio notizie allegato);
- 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'Ordine dei Medicialla posizione n.....;
- h) di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione.....;
- i) di essere a rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso la seguente Pubblica Amministrazione.....
dalad oggi....., e di essere inquadrato nel profilo di.....della
disciplina di.....;
- l) di aver superato il periodo di prova in data.....;
- m) di non avere subito nell'ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione dell'avviso di mobilità, sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura scritta;
- n) di essere in possesso dell'idoneità fisica al posto da ricoprire senza alcuna limitazione e di non avere in pendenza istanze tendenti ad ottenere una inidoneità, seppur parziale;
- o) di non avere conseguito nell'arco dell'attività lavorativa valutazione negativa;
- p) che le dichiarazioni rese sono documentabili.

Il domicilio presso il quale deve ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione è il seguente:

Via.....Comune.....Prov.....C.A.P.....
..... telefonocellulare.....;

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Ospedaliera di Terni al trattamento di tutti i dati personali fornite con la presente istanza e gli allegati formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003.

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

- ◇ **il foglio notizie**
- ◇ **il curriculum formativo professionale datato e firmato**

Allega, altresì:

- ◇ **copia dell'ultima busta paga e trattamento economico in godimento**
- ◇ **fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.**

Firma per esteso del dichiarante

Luogo,data ____/____/____