

COD. GIUR /10/18

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  
**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA .**

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 Medici .....alla 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.....  
dal .....ad 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.....  
..... telefono .....cellulare.....;

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\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_