

Codice procedura: 20030CPORTOPEDIA

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "S.MARIA"
Via Tristano di Joannuccio
05100 – TERNI

Il/La sottoscritto/a nato a Prov. il
..... residente a Via CAP

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al **Concorso Pubblico, per titoli ed esami, a n. 1 posto di Dirigente Medico disciplina di ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.**

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(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 durata (.....) conseguito / non conseguito ai sensi del D.Lg.vo n. 257/1991 ovvero D.Lg.vo n. 368/1999, ovvero di essere medico in formazione specialistica iscritto alanno nella disciplina di
- 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 prestare servizio o di avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni, come da dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata (vedi nota 4);
- l) di essere in possesso di esperienze lavorative con rapporto di lavoro libero professionale, borsa di studio, progetto o altro come da dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata (vedi nota 4);
- m) di non essere stato dispensato o destituito o licenziato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione ;
- n) 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.- allegare/autocertificare il titolo che dà il diritto);
- o) di avere a carico n..... figli;
- p) di essere fisicamente idoneo allo svolgimento delle mansioni relative al posto;
- q) che ogni comunicazione inerente il Concorso Pubblico venga inviata al seguente indirizzo:
Via Comune..... Prov.
CAP recapiti telefonici.....

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Ospedaliera di Terni 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

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

- il **curriculum formativo professionale** datato e firmato
- le **pubblicazioni** in originale o copia conforme
- fotocopia fronte retro di un documento di identità personale in corso di validità (obbligatorio)
- copia ricevuta avvenuto pagamento contributo spese di 10,00 €.**

Luogo,..... data ____ / ____ / ____

Firma per esteso del dichiarante

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 dalle 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, natura giuridica del rapporto (contratto subordinato a tempo indeterminato/determinato), la qualifica rivestita (compresi i rapporti libero professionale e convenzionali), i periodi e gli eventuali motivi di interruzione e cessazione.