

AL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "S.MARIA"  
Via Tristano di Joannuccio  
05100 – TERNI (TR)

Il/La sottoscritto/ta ..... nato/a ..... Prov..... il .....  
residente a ..... via..... n.....  
chiede di essere ammesso/a a partecipare all'**AVVISO PUBBLICO, PER SOLO COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DELLA DURATA 1 ANNO, DI COLL. PROF. SAN. – TECNICO SANIATRIO DI LABORATORIO BIOMEDICO-CAT. D**

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 .....(**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 iscritto all'Ordine professionale della Provincia di .....al n.....;
- g)  di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione.....;
- h)  di avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni, ovvero presso strutture private come da dichiarazione sostitutiva o autocertificazione allegate (**vedi nota 4**);
- i)  di non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
- l)  di non essere stato destituito, o decaduto dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione, o dispensato dall'impiego per produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- m)  di possedere i seguenti titoli comprovanti il diritto di precedenza o preferenza a parità di valutazione:  
 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)  che ogni comunicazione inerente il Concorso Pubblico venga inviata al seguente indirizzo:  
Via ..... Comune..... Prov. ....  
CAP ..... recapiti telefonici.....

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Ospedaliera i 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 e smi.

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

- **IL CURRICULUM FORMATIVO PROFESSIONALE DATATO E FIRMATO**
- **FOTOCOPIA FRONTE RETRO DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ (OBBLIGATORIO)**

Luogo,..... data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma per esteso del dichiarante**

**NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA**

- 1) Specificare se italiana, di altro stato membro dell'Unione Europea o altra;
- 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.