

AL DIRETTORE GENERALE

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 DIRIGENTI PSICOLOGI**

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 degli Psicologi della Provincia dial 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 allegata (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.