

Codice procedura: 20098APDIRPROFSANIT

AL DIRETTORE GENERALE  
dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria"  
Via Tristano di Joannuccio  
05100 – TERNI (TR)

Il/La sottoscritto/a..... nato a.....  
il..... residente in ..... Via .....  
CAP..... Telefono..... Cellulare.....

chiede di essere ammesso/a a partecipare all'**AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE – AREA INFERMIERISTICA.**

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 e s.m.i.), dichiara sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- a)  di essere in possesso della cittadinanza .....(vedi nota 1) o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea, o loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, ovvero cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria (art. 38 D.Lgs 165/2001 e s.m.i.);
- 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 aver subito condanne penali anche non definitive, e di aver/non aver procedimenti penali in corso. In particolare, di non avere condanne penali, anche non definitive e/o procedimenti penali in corso per reati contro la Pubblica Amministrazione o per reati commessi nello svolgimento delle attività oggetto della presente selezione. (vedi nota 3);
- e)  di essere in possesso della **Laurea specialistica o magistrale in Scienze infermieristiche e Ostetriche** (classe LM/SNT/1) conseguita presso l'Università di ..... in data.....;  
 **ovvero inquadrato nel medesimo profilo professionale e disciplina presso altre aziende sanitarie alla data del 01.02.1998;**
- f)  **di aver cinque anni di servizio** effettivo nella medesima professionalità relativa all'Avviso e alla classe di laurea posseduta, prestatore in Enti del Servizio Sanitario Nazionale nella categoria D o Ds, ovvero in qualifiche corrispondenti di altre pubbliche amministrazioni
- g)  di essere iscritto all'Albo professionale 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 destituito o dispensato 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.);
- o)  di avere a carico n..... figli;
- p)  che ogni comunicazione inerente l'Avviso 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:

- o **schema curriculum formativo professionale, datato e firmato;**
- o **pubblicazioni in originale o copia conforme;**
- o **fotocopia fronte retro di un documento di identità personale, in corso di validità (obbligatorio)**
- o **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 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, 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.