

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "S.MARIA"
Via Tristano di Joannuccio, snc
05100 – TERNI (TR)

Il/La sottoscritto/a nato/a Prov.....
il..... residente a..... Via.....;
chiede di essere ammesso/a a partecipare all'**AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER PERSONALE MEDICO COLLOCATO IN QUIESCENZA, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO, CON DURATA NON SUPERIORE A 6 MESI ED EVENTUALMENTE PROROGABILE NON OLTRE IL 31.12.2023 PER LE ESIGENZE DELLA S.C. DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE.**

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 italiana o cittadinanza di uno dei Paesi dell'U.E.....
o il possesso dei requisiti di cui all'art 38 c.1 e c. 3 D.Lgs 165/01 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 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 manifestazione di interesse
- d) di essere in possesso del **Diploma di Laurea**conseguito presso l'Università di in data.....;
- e) di essere in possesso del **Diploma di Specializzazione** in.....
presso l'Università di in data durata (.....)
- f) di aver prestato servizio prima del collocamento a riposo presso Azienda/Struttura
- g) che ogni comunicazione inerente il presente Avviso venga inviata al seguente indirizzo abitazione o PEC :

Via Comune..... Prov.

CAP recapiti telefonici.....

PEC (posta elettronica certificata):.....

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Ospedaliera 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 s.m.i.

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

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

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

Firma per esteso del dichiarante