

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

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

Il/La sottoscritto/anato/aProv.....
il.....residente a..... Via.....;
chiede di essere ammesso/a a partecipare ALL'AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE RIVOLTA A DIRIGENTI MEDICI COLLOCATI IN QUIESCENZA, APPARTENENTI ALLA DISCIPLINA DI DERMATOLOGIA DA DESTINARE ALLA S.C. UNIVERSITARIA DI DERMATOLOGIA PER LA SPECIFICA ATTIVITÀ DI DERMATOLOGIA CHIRURGICA IN DAY SURGERY, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO, CON IMPEGNO ORARIO PRESUMIBILE DI N. 10 ORE/SETT.LI, CON DURATA NON SUPERIORE A 6 MESI ED EVENTUALMENTE PROROGABILI, COMUNQUE NON OLTRE IL 31.12.2025;

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:

- **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