

SCHEMA DI DOMANDA

**Al Direttore Generale
ASL n. 3 di Nuoro
Via Demurtas, n. 1
08100 - Nuoro**

protocollo@pec.aslnuoro.it

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (Prov. ___) il _____, e residente in _____ (Prov. ___) Via _____ (c. a. p. _____) n. tel. _____, chiede di essere ammesso/a alla pubblica selezione, per soli titoli finalizzata

AL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALE a personale medico specializzato in CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA, anche in quiescenza, da destinare alle strutture della ASL n. 3 di Nuoro, anche in quiescenza

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi della normativa vigente, dichiara che:

- 1) è cittadino italiano o equivalente o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
- 2) è in possesso di età non superiore ai limiti previsti dalla vigente legislazione per il mantenimento in servizio;
- 3) è in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;
- 4) è iscritto nelle liste elettorali del comune di (1) _____;
- 5) non ha mai riportato condanne penali, né ha procedimenti penali in corso (2);
- 6) per quanto riguarda gli obblighi militari la sua posizione è la seguente _____;
- 7) è in possesso del diploma di Laurea in _____ e dell'abilitazione all'esercizio professionale;
- 8) è in possesso della Specializzazione in _____;
- 9) è iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
- 10) ha prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni (3) _____;
- 11) non è stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione, né è stato dichiarato decaduto da altro impiego;
- 12) è in possesso dei seguenti titoli di preferenza di cui all'art. 5 del DPR 487/94 e successive modificazioni ed integrazioni: _____;
- 13) ha un'adeguata conoscenza della lingua italiana (4)
- 14) di essere/di non essere collocato in quiescenza;
- 15) Di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura selettiva e dei conseguenti adempimenti, ai sensi del D.Lgs.vo n. 196/2003.

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni: (comune) _____
(via) _____ (c. a. p.) _____ (tel.) _____.

Data _____

Allega alla presente i seguenti titoli:

- Curriculum formativo-professionale datato e firmato
- Copia dell'elenco dei documenti e titoli presentati
- Copia Fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale

Data _____

Firma

N.B. Qualora al momento dell'eventuale nomina siano scaduti i termini di validità delle dichiarazioni rese, le stesse dovranno essere riconfermate attraverso la sottoscrizione di un apposito modulo ai sensi di quanto stabilito dagli articoli 41 e 48 del DPR n.445/00.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ Prov. _____ il _____
residente in _____ CAP _____ Prov. _____ Via _____ n° _____
C.F. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

D I C H I A R A :

- di essere nato/a a _____ il _____ di essere residente a _____;
- di essere cittadino italiano (oppure) _____;
- di godere dei diritti civili e politici _____;
- titolo di studio posseduto _____ conseguito il _____ presso _____;
- di essere iscritto all'albo professionale di _____ alla data _____;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data

Firma