

**AL DIRETTORE GENERALE
AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE
DELLA MONTAGNA
Via Nazario Sauro n. 38
23100 SONDRIO**

Il/La sottoscritt _____

chiede di partecipare all'Avviso Pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento dell'incarico quinquennale di **DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA "ASSISTENZA MEDICA DI BASE" AFFERENTE AL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE – PROFILO: DIRIGENTE MEDICO IN UNA DELLE SEGUENTI DISCIPLINE APPARTENENTI ALL'AREA MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE:**

- **MEDICINA INTERNA**
- **PEDIATRIA**
- **GERIATRIA**

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, DICHIARA sotto la propria responsabilità:

(barrare tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate)

1. di essere nato/a a _____ (Prov. di _____) il _____
2. di essere residente a _____ (C.A.P. _____)
in via _____ n. _____
n. telefono abitazione _____ n. telefono cellulare _____
indirizzo e-mail _____
3. di essere in possesso del seguente codice fiscale _____
4. di essere in possesso della cittadinanza italiana
ovvero
 di essere cittadino/a di uno Stato membro dell'Unione Europea _____
ovvero
 di essere familiare di cittadino di uno Stato membro dell'Unione Europea, non avente la
cittadinanza di uno Stato membro dell'Unione Europea, ma titolare di diritto di
soggiorno o del diritto di soggiorno permanente _____
ovvero
 di essere cittadino/a di uno Stato terzo all'Unione Europea _____
in possesso:
 del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo
ovvero in possesso:
 dello status di "rifugiato" o di "protezione sussidiaria"
5. per tutti i cittadini di Stato estero:
 possedere un'adeguata conoscenza della lingua italiana
6. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di: _____
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____

7. di non avere subito condanne penali
 di avere subito le seguenti condanne penali: _____

8. di non avere procedimenti penali in corso
 di avere i seguenti procedimenti penali in corso: _____

9. di essere in possesso del seguente titolo di studio :
 diploma di Laurea in _____
conseguito il __/__/____ presso _____
10. di essere in possesso del diploma di Specializzazione in disciplina di _____
conseguito il __/__/____
presso l'Università degli Studi di _____ (durata del corso: anni: ____)
 di essere in possesso del diploma di Specializzazione in disciplina di _____
conseguito il __/__/____
presso l'Università degli Studi di _____ (durata del corso: anni: ____)
11. di essere in possesso dell'attestato di formazione manageriale di cui all'art. 5, comma 1, lettera d), del D.P.R. n. 484/97, così come modificato dall'art. art. 16-quinquies del D.L.vo n. 502/92, novellato dal D.L.vo n. 229/99 conseguito il __/__/____ presso _____

- di non essere in possesso dell'attestato di formazione manageriale di cui all'art. 5, comma 1, lettera d), del D.P.R. n. 484/97, così come modificato dall'art. art. 16-quinquies del D.L.vo n. 502/92, novellato dal D.L.vo n. 229/99;
12. di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi della Provincia di _____
dal __/__/____
13. di essere in possesso dell'anzianità di servizio:
 di sette anni, di cui cinque in una delle discipline a selezione o disciplina equipollente
 di dieci anni in una delle discipline a selezione;
14. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione ovvero licenziato o dichiarato decaduto;
15. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione (per i candidati di sesso maschile nati prima del 31.12.1985): _____
- di aver svolto il servizio militare dal __/__/____ al __/__/____ con la qualifica di _____ grado _____ presso _____

16. di accettare tutte le disposizioni contenute nel bando cui la presente domanda fa riferimento;
17. che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonera l'Agenzia di Tutela della Salute della Montagna da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità:

Via _____ n° _____
Cap. _____ Città _____ Prov. (_____)

Indirizzo di posta elettronica certificata _____

18. che i documenti allegati sono conformi agli originali in proprio possesso, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;
19. che quanto dichiarato nell'allegato curriculum formativo e professionale risponde a verità, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;
20. di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 679/2016.

Si allega alla presente domanda:

- curriculum formativo e professionale, datato e debitamente sottoscritto
- certificazione attestante la tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato rilasciata dal Direttore Sanitario dell'Azienda di riferimento
- elenco dei documenti presentati
- documento di identità, in corso di validità
- _____
- _____

Luogo e data _____

FIRMA (*)

(*) La domanda deve essere sottoscritta davanti al dipendente addetto a ricevere la documentazione, oppure, presentata o inoltrata già sottoscritta, unitamente alla copia fotostatica non autenticata del documento di identità, in corso di validità, del dichiarante medesimo.

SOTTOSCRIZIONE APPOSTA AI SENSI DEGLI ARTT. 38, 39 E 47 DEL D.P.R. 28.12. 2000 N. 445:

SOTTOSCRIZIONE IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

VISTO, per la sottoscrizione apposta in mia presenza

_____, li _____

IL DIPENDENTE ADDETTO

OVVERO

SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

(Domanda presentata o inoltrata già sottoscritta, **unitamente a copia fotostatica non autenticata di documento di identità, in corso di validità**, del dichiarante medesimo).