

**AL DIRETTORE GENERALE
ATS DELLA MONTAGNA
Via Nazario Sauro n. 38
23100 SONDRIO**

Il/La sottoscritt _____
chiede di partecipare al Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato e a tempo pieno di **n. 1 Posto di DIRIGENTE MEDICO – AREA DI SANITA' PUBBLICA – DISCIPLINA DI IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA – RUOLO SANITARIO.**

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 (per i cittadini appartenenti ad uno Stato della CEE) cittadino/a dello Stato di: _____
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 diploma di laurea in Medicina e Chirurgia 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: ____)
Specificare se conseguito ai sensi D.L.vo n. 257/91 o D.L.vo n. 368/99 **si** **no**
11. di essere in possesso del diploma di Specializzazione in disciplina di _____ conseguito il __/__/____ presso l'Università degli Studi di _____ (durata del corso: anni: ____)
Specificare se conseguito ai sensi D.L.vo n. 257/91 o D.L.vo n. 368/99 **si** **no**
- di essere iscritto nell'anno accademico _____ **all'ultimo anno** del corso di Specializzazione in disciplina di _____ presso l'Università degli Studi _____ (durata del corso: anni: ____)
specificare se frequentato ai sensi D.L.vo n. 257/91 o D.L.vo n. 368/99 **si** **no**
- di essere iscritto nell'anno accademico _____ **al penultimo anno (se la durata del corso è quinquennale)** del corso di Specializzazione in disciplina di _____ presso l'Università degli Studi di _____ (durata del corso: anni: ____)
specificare se frequentato ai sensi del D.L.vo n. 257/91 o D.L.vo n. 368/99 **si** **no**
12. di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi della Provincia di _____ dal __/__/____
13. **di prestare/aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni:**
- Ente _____ dal __/__/____ al __/__/____
Qualifica _____ disciplina _____
regime ridotto al % (n. ____ ore sett.) tempo pieno tempo definito
- Ente _____ dal __/__/____ al __/__/____
Qualifica _____ disciplina _____
regime ridotto al % (n. ____ ore sett.) tempo pieno tempo definito
- Ente _____ dal __/__/____ al __/__/____
Qualifica _____ disciplina _____
regime ridotto al % (n. ____ ore sett.) tempo pieno tempo definito

14. di prestare/aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di Enti Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale:

Ente _____ dal _ / _ / _ _ _ _ al _ / _ / _ _ _ _

Qualifica _____ disciplina _____

regime ridotto al % (n. _____ ore sett.) tempo pieno tempo definito

Ente _____ dal _ / _ / _ _ _ _ al _ / _ / _ _ _ _

Qualifica _____ disciplina _____

regime ridotto al % (n. _____ ore sett.) tempo pieno tempo definito

Ente _____ dal _ / _ / _ _ _ _ al _ / _ / _ _ _ _

Qualifica _____ disciplina _____

regime ridotto al % (n. _____ ore sett.) tempo pieno tempo definito

15. di prestare/aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di Aziende Private:

Ente _____ dal _ / _ / _ _ _ _ al _ / _ / _ _ _ _

Qualifica _____ disciplina _____

regime ridotto al % (n. _____ ore sett.) tempo pieno

Ente _____ dal _ / _ / _ _ _ _ al _ / _ / _ _ _ _

Qualifica _____ disciplina _____

regime ridotto al % (n. _____ ore sett.) tempo pieno

Ente _____ dal _ / _ / _ _ _ _ al _ / _ / _ _ _ _

Qualifica _____ disciplina _____

regime ridotto al % (n. _____ ore sett.) tempo pieno

16. di prestare/aver prestato servizio con rapporto di lavoro libero-professionale, convenzionale, di consulenza, di co.co.co. o attività espletata a seguito conferimento borse di studio:

Ente _____ dal _ / _ / _ _ _ _ al _ / _ / _ _ _ _

Rapporto di lavoro _____

Qualifica professionale _____

regime ridotto al % (n. _____ ore sett.) tempo pieno

Ente _____ dal __/__/____ al __/__/____
Rapporto di lavoro _____
Qualifica professionale _____
regime ridotto al % (n. _____ ore sett.) tempo pieno

Ente _____ dal __/__/____ al __/__/____
Rapporto di lavoro _____
Qualifica professionale _____
regime ridotto al % (n. _____ ore sett.) tempo pieno

17. di aver svolto i seguenti incarichi di insegnamento conferiti da Enti Pubblici:

Ente _____ tipologia del corso _____
materia di insegnamento _____
anno accademico _____ **n. ore totali** _____

Ente _____ tipologia del corso _____
materia di insegnamento _____
anno accademico _____ **n. ore totali** _____

Ente _____ tipologia del corso _____
materia di insegnamento _____
anno accademico _____ **n. ore totali** _____

18. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione ovvero licenziato o dichiarato decaduto;

19. 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 _____

20. di essere in possesso dei seguenti titoli ai fini della riserva o precedenza e preferenza nella nomina, ai sensi della normativa di Legge (**di cui si allega copia**):

21. di accettare tutte le disposizioni contenute nel bando cui la presente domanda fa riferimento;

22. che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonera l'ATS della Montagna da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità:

Via _____ n° _____

Cap. _____ Città _____ Prov. (_____)

Indirizzo di posta elettronica certificata _____

23. 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;

24. che quanto dichiarato nell'allegato curriculum formativo e professionale risponde a verità, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;

25. 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
- documento di identità, in corso di validità
- un elenco analitico e leggibile, in carta semplice, dei documenti presentati
- _____
- _____

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).