

**ALLEGATO A)****SCHEMA DI DOMANDA**

( da redigersi su carta semplice a macchina o in stampatello)

Al Commissario ASL 5

Via Carducci, 35

Oristano

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

chiede

di essere ammesso alla selezione mediante procedura comparativa dei curricula finalizzata all'attribuzione di incarichi libero professionali - profilo professionale di Tecnico specializzato apparecchiature Biomediche.

*Dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, 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. 445/2000:*

1. Di essere nato a \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_,

2. Di essere residente in \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (c.a.p. \_\_\_\_\_)

numero telefonico \_\_\_\_\_;

3. Di essere cittadino italiano o di uno degli Stati Membri dell'Unione Europea;

4. Di essere in possesso dell'idoneità fisica all'incarico;

5. Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;

6. Di non aver riportato condanne penali, né di avere procedimenti penali in corso;

7. Di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;

8. Di essere in possesso del Diploma di Perito Elettrotecnico o Elettronico conseguito alla data di presentazione delle domande di ammissione ed essere iscritto al relativo ordine professionale ;

9. Di aver prestato i seguenti servizi presso strutture sanitarie pubbliche o private e/o aziende private operanti nel settore delle tecnologie sanitarie e dell'ingegneria clinica:

\_\_\_\_\_;

10. Di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione, né è stato dichiarato decaduto da altro impiego;

11. Di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini non italiani appartenenti ad uno dei Paesi dell'Unione Europea).

12. Di dare il proprio assenso al trattamento dei dati personali.

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

Dr/Sig \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Allegati:

- 1) Curriculum datato e sottoscritto;
- 2) Fotocopia documento di identità personale;