

Schema di domanda (da presentarsi tramite posta elettronica certificata)

Al Direttore Generale ASL 5

Via Carducci, 35

Oristano

Il/la sottoscritto/a _____

chiede

Di essere ammesso/a all' avviso di selezione per l'attribuzione di n. 1 (uno) incarico quinquennale di dirigente medico – Direttore della Struttura Complessa Ortopedia Presidio Ospedaliero Oristano.

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 _____ il _____ Codice Fiscale _____ di risiedere a _____ prov. di _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____ tel: _____ / _____;
2. Di essere cittadino italiano o cittadino di uno degli Stati Membri dell'Unione Europea;
3. Di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____;
4. Di non avere riportato condanne penali *ovvero* di aver riportato le seguenti condanne penali _____;
5. Di trovarsi rispetto agli obblighi militari _____(assolto/esonerato);
6. Di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;
7. Di essere in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito nell'anno accademico _____ presso l'Università di _____;
8. Di essere in possesso della Specializzazione nella Disciplina _____.

- conseguita in data _____ presso _____ ai
sensi del decreto legislativo _____, durata del corso anni _____;
9. Di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____;
10. di essere in possesso di un' anzianità di servizio di n° _____ anni, di cui n° _____
anni nella disciplina _____ o disciplina equipollente di
_____;
11. di essere attualmente in servizio, con decorrenza dal _____
presso _____, nel profilo professionale di
_____, nella disciplina di _____ con rapporto di
lavoro _____ (specificare se a tempo indeterminato/determinato),
con rapporto _____ (specificare se esclusivo/non esclusivo);
12. Di avere/di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni
_____(in caso affermativo specificare il profilo
professionale, i periodi e gli eventuali motivi di cessazione);
13. Di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica
amministrazione, né è stato dichiarato decaduto da altro impiego;
14. Di avere un' adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini non italiani
appartenenti ad uno dei Paesi dell'Unione Europea).
15. Di avere, ai sensi dell'art. 20 della L. 104/92, la necessità di tempi aggiuntivi o ausili
_____per lo svolgimento della prova;
16. L' opzione per il rapporto di lavoro esclusivo/non esclusivo, in caso di nomina;
17. Di dare il proprio assenso al trattamento dei dati personali.

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

Dr. _____ Via _____, n. _____

Città _____ CAP _____ Tel: _____ Cell. _____

Data _____ Firma _____