

Allegato "A"

Schema di domanda (da redigersi su carta semplice a macchina o in stampatello).

Al Commissario Straordinario dell'
A.S.L. N. 5
Via Carducci, 35
O9170 ORISTANO

Il/la sottoscritto/a _____

C H I E D E

di essere ammesso/a a partecipare al pubblico concorso a tempo determinato, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarichi temporanei ai sensi della vigente normativa di:

Dirigente Sanitario del Profilo Professionale Medico nella Disciplina di Anestesia e Rianimazione.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. Di essere nato a _____ il _____ e di risiedere a _____ prov. di _____ Via _____ c.a.p. _____ tel: _____/_____;
2. Di essere cittadino italiano o di uno degli Stati Membri dell'Unione Europea;
3. Di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____;

4. Di essere in possesso di età non superiore ai limiti previsti dalla vigente legislazione per il mantenimento in servizio;
5. Di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;
6. Di non aver riportato condanne penali, né di avere procedimenti penali in corso;
7. Di essere nella seguente posizione agli effetti e adempimenti degli obblighi militari: _____;
8. Di essere in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito nell'anno accademico _____ presso l'Università di _____ ;
9. Di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della provincia di _____;
10. Di essere in possesso della specializzazione nella disciplina _____ la durata del corso è di _____ anni, conseguita presso l'Università di _____ in data _____ ovvero, di essere esentato dal possesso della specializzazione in quanto, ai sensi dell'art. 56, comma 2 del DPR 483/97, in quanto in servizio di ruolo in qualità di dirigente medico nella disciplina a selezione alla data di entrata in vigore del DPR 483/97;
11. Di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni ovvero di aver prestato servizio come sotto riportato:
P.A. _____ periodo servizio _____
in qualità di _____ (specificare se tempo determinato, indeterminato, consulenza e n. ore) natura del contratto.

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

13. Di essere in possesso dei seguenti titoli di preferenza di cui all'art. 5 del decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3 e successive modificazioni ed integrazioni _____:

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

15. Di dare il proprio assenso al trattamento dei dati.

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

Dr. _____ Via _____

CITTA' _____ CAP _____ tel: _____ Cell. _____

Data _____ Firma _____ (non autenticata)