

ALLEGATO A

Modello domanda di partecipazione procedura reclutamento.

AL DIRETTORE DELLA AREA VASTA n. 4
Via Zeppilli, 18
63900 F E R M O

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per titoli e colloquio per il conferimento di n. 1 incarico a tempo determinato, a titolo straordinario, di ***DIRIGENTE MEDICO Disciplina MALATTIE INFETTIVE*** bandito da codesta Area Vasta con Determina n. 186/AV4 del 04/03/2020. A tale fine sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

- 1) Di essere nato/a a _____ il _____
- 2) Di essere residente a _____ via _____
- 3) Di essere in possesso:
 - ☐ della cittadinanza italiana
 - ☐ della cittadinanza di uno stato membro UE _____
 - ☐ della cittadinanza di uno stato terzo _____ titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
 - ☐ dello status di rifugiato (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
 - ☐ dello status di protezione sussidiaria (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
- 4) Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
- 5) ☐ Di non aver riportato condanne penali.
☐ Di aver riportato le seguenti condanne penali _____.
- 6) Di avere la seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____.
- 7) Di essere in possesso:
 - a) del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ (indicare giorno-mese-anno);
 - b) del diploma di abilitazione alla professione di medico-chirurgo conseguita presso l'Università degli Studi di _____ nell'anno _____;
 - c) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ (indicare giorno-mese-anno) al n. di posizione _____;
 - d) di essere in possesso della specializzazione in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ (indicare giorno-mese-anno) ai sensi del D.L.vo 257/91 o del D.L.vo 368/99 della durata legale di anni _____ (cancellare se non interessa);
 - e) di essere iscritto all'ultimo anno della scuola di specializzazione in _____ presso _____ (durata legale anni _____) e di sostenere l'esame per il conseguimento del relativo diploma il _____ (indicare data anche presunta),
- 8) ☐ Di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
oppure
☐ Di aver prestato (e di prestare) i sotto indicati servizi presso Pubbliche Amministrazioni (indicare eventuali cause di risoluzione):

Denominazione Ente	Periodo		Qualifica rivestita	Tipo di rapporto (*)	Cause di risoluzione
	dal	al			

--	--	--	--	--	--

(*) indicare tipo di rapporto (a tempo pieno o part-time con indicazione dell'orario svolto; tempo determinato o tempo indeterminato) , eventuali periodi di aspettativa (dal – al)

- ☐ Che relativamente a suindicati servizi ☐ ricorrono ☐ non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979 relativo alla riduzione del punteggio di servizio per mancata partecipazione all'attività di formazione (in caso positivo precisare la misura della riduzione);

9) di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;

10) Di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata (da compilare a pena di esclusione in caso di invio domanda tramite PEC) _____
(per l'invio della documentazione dovrà essere usato, a pena di esclusione, il formato aperto "PDF/A", indicato come formato per la conservazione dei documenti nel supplemento ordinario n. 20 alla G.U. del 13/03/2014)

11) di indicare, in ordine di priorità, le seguenti preferenze nel caso di eventuale utilizzo della graduatoria da parte dell'ASUR Marche, Aree Vaste n. 1, 2, 3 e 5:

Ambiti territoriali ASUR scelti

12) Di dare il consenso al trattamento dei dati Personali (D.Lgs 196/2003).

13) Di aver diritto a precedenza e preferenze di legge in quanto (Allegare la documentazione probatoria _____)

14) Che il domicilio presso il quale deve essere fatta, ad ogni effetto e fino a nuova comunicazione, ogni necessaria comunicazione è il seguente:

NOME _____ COGNOME _____

VIA _____ N° _____

CITTA' _____ CAP _____

TELEFONO _____

E-MAIL/PEC _____

15) Di aver diritto, in quanto beneficiario della L. 104 del 5/2/92, dell'ausilio di _____ nonché di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove pari a _____.

Ai fini della valutazione di merito allega i documenti e i titoli, oltre al curriculum, come riportati nell'accluso elenco in triplice copia.

In fede.

Luogo _____ Data _____

_____ firma