

ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO UNIFICATO PER N. 2 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DI PEDIATRIA

**Al Direttore Generale dell'ASUR Marche
c/o Direzione dell'Area Vasta n. 4
Via Zeppili n. 18
63023 Fermo**

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico unificato degli Enti del SSR, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. **2 posti di Dirigente Medico di Pediatria.**

A tale fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 76 comma 1 –DPR 445/2000) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ (Prov. __)
il _____;

2. di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata _____, a cui verranno inviate tutte le comunicazioni relative alla presente procedura;

3. di essere residente a _____ (Prov. _____) CAP _____
in Via _____ n. _____
recapiti telefonici: _____;

4. di possedere *(barrare con una X la casella corrispondente all'ipotesi che ricorre ed inserire i dati richiesti)*:

☐ la cittadinanza italiana;

☐ la cittadinanza _____ (per i candidati appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea);

☐ la cittadinanza _____ (per i soli cittadini dei Paesi terzi) e titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

☐ la cittadinanza _____ (per i soli cittadini di Paesi terzi) e di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente in quanto familiare di cittadino comunitario;

☐ lo status di rifugiato _____ (specificare provvedimento) /
lo status di protezione sussidiaria _____ (specificare provvedimento).

5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ ;

ovvero

di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare i motivi)
_____ ;

ovvero

di essere cancellato/a dalle liste elettorali (indicare i motivi)
_____ ;

6. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione _____ ;

7. di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti a carico;

ovvero

di aver riportato le seguenti condanne penali _____ ;

ovvero

di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali pendenti a carico
_____ ;

8. di non essere stato interdetto dai pubblici uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

9. di essere in possesso dei seguenti titoli (barrare con una X la casella corrispondente alle ipotesi che ricorrono ed inserire i dati richiesti):

☐ Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il _____ presso _____ con la seguente votazione _____ ;

☐ Abilitazione all'esercizio della professione di _____
conseguita presso _____ anno/sessione _____ ;

☐ Diploma di Specializzazione in _____
Conseguita presso _____
anno accademico (data) _____ con la seguente votazione _____
; ai sensi del D.Lgs. 257/91 ☐ o D.Lgs. 368/99 ☐ (barrare l'ipotesi che ricorre) - durata
legale anni _____ - ;

ovvero

☐ di essere iscritto al _____ anno del corso di specializzazione in _____
_____ presso _____ (durata legale anni _____ - data presunta
di conseguimento della specializzazione _____) e, conseguentemente, si impegna a
comunicare, mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione, il conseguimento della
specializzazione richiesta dal bando, specificando la data e il luogo al seguente indirizzo di
P.E.C.: **asur@emarche.it**

☐ (altre specializzazioni)

_____ ;

☐ di essere iscritto/a all'Albo/Ordine _____
della Provincia/Regione _____ al n. _____ dal
_____ ;

10. di richiedere ai sensi della L. 104/1992, in quanto portatore di handicap, il seguente ausilio necessario per l'espletamento delle prove _____ e/o la necessità di tempi aggiuntivi;

11. (barrare con una X la casella corrispondente all'ipotesi che ricorre e inserire i dati richiesti)

☐ di non aver mai prestato servizi presso Pubbliche Amministrazioni;

☐ di aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche Amministrazioni:

ENTE (denominazione e sede)	DATA DI ASSUNZIONE (gg/mm/aa)	DATA DI CESSAZIONE (gg/mm/aa, causa di risoluzione)	TIPO DI RAPPORTO: Dipendente a tempo determinato/indeter- minato;	QUALIFICA E DISCIPLINA	IMPEGNO ORARIO SETTIMANAL E (indicare n. ore settimanali)

12. di non essere mai stato dispensato/a o destituito/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni ovvero di non essere stato/a licenziato/a;

ovvero

di essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni
ovvero di essere stato/a licenziato/a (indicare i motivi)

13. di avere diritto, in caso di parità di punteggio, a precedenza o preferenza in quanto: _____;

14. di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in relazione alle procedure selettive ai sensi del nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 679/2016) e del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 e s.m.i.

15. Il/La candidato/a indica, attraverso la compilazione della tabella sottostante, l'ordine delle preferenze riguardo agli ambiti di reclutamento indicati nella premessa del bando:

Ambiti di reclutamento
1.
2.
3.
4.
5.
6.

7.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, allega alla presente domanda:

- curriculum formativo/professionale;
- elenco dei documenti e titoli presentati;
- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- _____
- _____

Il/La sottoscritto/a dichiara che i documenti allegati alla presente istanza, dettagliatamente descritti nell'allegato elenco, sono conformi agli originali in proprio possesso ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Il/La candidato/a dichiara di avere preso visione dei contenuti del bando e di tutte le clausole in esso contenute.

Data _____

FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso o FIRMA DIGITALE certificata

ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA