

ALLEGATO A

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 Libero Professionali per l'espletamento di turni presso l'U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza dell'Area Vasta 4 di Fermo della durata di mesi 12, bandito da codesta Area Vasta con Determina n. 412/AV4 del 10/06/2019. 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 di uno dei seguenti requisiti alternativi:
 - ☐ Specializzazione in Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza o in disciplina equipollente o affine ai sensi dei DD.MM. 30 e 31/01/1998 _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ (indicare giorno-mese-anno);
 - ☐ Servizio almeno decennale di Dirigente Medico del Servizio Sanitario Nazionale nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza o in discipline equipollenti e/o affini ai sensi dei DD.MM. 30 e 31/01/1998 (come meglio descritto nel successivo punto 9);
 - ☐ Svolgimento di attività professionale per almeno 24 mesi negli ultimi 5 anni nelle UU.OO.CC. di Medicina e Chirurgia del Servizio Sanitario Nazionale (specificare i periodi, turni, orari effettuati e sedi) svolti nel Pronto Soccorso e/o nei P.P.I.
- 8) ☐ Di non essere dipendente di Pubbliche Amministrazioni;
 o
☐ Di essere dipendente di Pubbliche Amministrazioni (specificare denominazione dell'Ente);
☐ Di non essere stato collocato a riposo da Pubbliche Amministrazioni o datori di lavoro privato (art. 5 comma 9 L. 135/2012, modificato dall'art. 6 del D. L. n. 90 del 24/06/2014)
 o
☐ Di essere stato collocato a riposo da Pubbliche Amministrazioni (specificare la denominazione dell'Ente) o datori di lavoro privato (specificare la denominazione dell'Azienda) in data _____ (art. 5 comma 9 L. 135/2012, modificato dall'art. 6 del D. L. n. 90 del 24/06/2014)

- 9) ☐ Di non aver prestato servizi 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);
- 10) di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;
- 11) Di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata _____
- 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 _____
- 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