

Allegato A

SCHEMA DI DOMANDA

Al Direttore Area Vasta n. 4
dell'Asur Marche
Via _____

Il /la sottoscritto/a.....
nato/a ail.....
e residente ain via.....
tel. n.

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'Avviso pubblico per il conferimento dell'incarico quinquennale di Direttore di struttura complessa – SERVIZIO TERRITORIALE DIPENDENZE PATOLOGICHE in attuazione della determina n. 138/AV4 del 18/02/2020.

A tal fine, sotto la propria responsabilità (artt. 46 e 47 D.P.R. 445/00 e s.m.i.) consapevole, in caso di dichiarazione mendace delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- ☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana (o equivalente) _____;
- ☐ di essere iscritto /a nelle liste elettorali del Comune di _____ (indicare in alternativa i motivi della non iscrizione o cancellazione);
- ☐ di godere dei diritti civili e politici;
- ☐ di non aver riportato condanne penali (ovvero _____);
- ☐ di aver assolto agli obblighi militari (ovvero _____);
- ☐ di essere in possesso del diploma di laurea in ☐ Medicina e Chirurgia ☐ Psicologia, conseguito il _____ presso _____ con la seguente votazione _____;
- ☐ di essere in possesso del diploma di abilitazione alla professione di medico chirurgo conseguita presso l'Università degli studi di _____ in data _____;
- ☐ di essere in possesso della specializzazione nella disciplina di _____ conseguita il _____ presso _____ della durata di anni _____ con voto _____;
- ☐ di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei ☐ Medici ☐ Psicologi della Provincia di _____ con numero di posizione _____ dalla data del _____;
- ☐ 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):

Ente	Periodo		Qualifica	Tipo di rapporto (*)	Cause di risoluzione
	Dal	al			

(*) indicare se di ruolo, supplente, incaricato, straordinario e se a tempo pieno, tempo definito, impegno orario ridotto con indicazione dell'orario effettuato.

- ☐ che relativamente a suindicati servizi ☐ ricorrono ☐ non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979 (in caso positivo precisare la misura della riduzione);
- ☐ di prestare consenso al trattamento dei dati personali (196/03);

Chiede che ogni necessaria comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

_____recapito

telefonico _____

oppure

al seguente indirizzo pec: _____

In caso di invio della domanda tramite pec il candidato dovrà inoltre dichiarare:

1) Di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata _____dalla quale verrà trasmessa la presente domanda di concorso debitamente sottoscritta

2) Che le fotocopie dei seguenti documenti (elenco dei documenti prodotti in copia) sono conformi agli originali in mio possesso

oppure

Che le fotocopie dei seguenti documenti (elenco dei documenti prodotti in copia) sono conformi agli originali depositati presso_____

Allega elenco di tutti i documenti e titoli presentati.

L'istanza vale come autocertificazione in via definitiva per quanto attinente alle dichiarazioni contenute, in luogo delle relative certificazioni ai sensi e per gli effetti delle nuove disposizioni di cui all'art.15 della Legge n.183 del 21/11/2011, fatto salvo il potere di controllo e verifica sulla veridicità delle dichiarazioni stesse da parte dell'Amministrazione procedente.

Allega, inoltre, fotocopia del documento di identità personale in corso di validità.

(data)

(firma)