



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 soli titoli per il conferimento di n. 1 incarico a tempo determinato di **DIRIGENTE MEDICO Disciplina CARDIOLOGIA** bandito da codesta Area Vasta con Determina n. 52/AV4 del 21/01/2021. 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);
- 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):

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

Sede Legale: Via Oberdan,2 - 60122 Ancona  
C.F. e P.IVA 02175860424

**Area Vasta n. 4**

Sede Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM  
Tel. 0734.625111 - Fax 0734.6252019

e-mail: [direzione.av4@sanita.marche.it](mailto:direzione.av4@sanita.marche.it) - Pec: [areavasta4.asur@emarche.it](mailto:areavasta4.asur@emarche.it) - [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it)

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:

<b>Ambiti territoriali ASUR scelti</b>

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