

**Fac simile domanda di ammissione da presentare per ogni selezione, avendone i requisiti:**

**DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA LOCALE BA  
c/o U. O. Assunzioni e Concorsi  
Piazza Vittorio Emanuele, 14 - 70054 - Giovinazzo**

Il sottoscritto ....., nato a ....., il ....., e  
residente a ....., Via ....., tel. ....,  
C. F. ....

### CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla selezione pubblica per soli titoli per la formulazione della graduatoria per il conferimento di eventuali incarichi di diritto privato, ex art. 15 - octies del D. Lgs. N. 229/99, con rapporto di collaborazione per Medico / Psicologo, il cui avviso è stato pubblicato all'Albo Aziendale e sul Sito Internet aziendale in data 9 Dicembre 2009 e sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

A tal fine il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere nato a ..... il .....
- di avere residenza nel Comune di ....., via ....., n. ....;
- di essere cittadino italiano (ovvero di uno dei paesi dell'Unione europea.....);
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di .....
- di non aver riportato condanne penali (o di avere riportato le seguenti condanne.....);
- di essere nei riguardi degli obblighi di leva nella seguente posizione;
- di avere prestato servizio presso le seguenti pubbliche amministrazioni .....
- di non essere incorso in provvedimenti di destituzione o di decadenza da impiego presso pubbliche amministrazioni;
- di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto, a parità di punteggio, alle seguenti preferenze di legge .....

Il sottoscritto, ai fini dell'accertamento dei requisiti di partecipazione, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine Professionale della Provincia di \_\_\_\_\_ e di essere Abilitato all'esercizio della professione;
- di essere in possesso del Requisito indispensabile richiesto per l'ammissione: ossia Attività di Servizio svolta presso Strutture del SSN o private convenzionate, dedicate alle cure palliative, come da certificazione allegata;

Il sottoscritto dichiara di:

- accettare tutte le condizioni previste dal bando di selezione e di essere disponibile a raggiungere qualsiasi sede di servizio assegnatagli, in caso di incarico, nell'ambito dell'Azienda.
- autorizzare il trattamento dei dati personali, come per legge;
- eleggere come domicilio per ogni comunicazione riferita alla presente selezione, il seguente indirizzo: Dr. \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_ - Città \_\_\_\_\_.

Allega alla presente domanda, ai fini dell'ammissione alla selezione, la seguente certificazione autenticata nei modi di legge:

- Diploma di laurea; certificato di iscrizione all'albo; diploma di abilitazione all'esercizio della professione; attività di servizio svolta presso strutture pubbliche o private dedicate alle cure palliative;
- Curriculum professionale reso sotto forma di autocertificazione, come per legge
- Elenco della documentazione allegata alla domanda.

Allega, altresì, i seguenti titoli, autenticati nei modi di legge, ai fini della valutazione di merito:

- altri servizi; eventuale Specializzazione, e tutti i titoli utili alla formulazione della graduatoria;

**data**

**firma**