

Allegato "A"

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(Artt. 4 e 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il / La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(comune di nascita, se nato all'estero specificare lo stato) (provincia)

residente a _____ (_____)
(comune di residenza) (provincia)

in _____ numero _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA CHE

(Barrare la/e voci che riguardano la/e dichiarazioni da produrre)

È nato a _____ il _____

È residente nel comune di _____ Via _____ n. _____

È cittadino Italiano

È cittadino a _____ -

Gode di diritti civili e politici

È di stato civile _____

La famiglia anagrafica e composta dalle seguenti persone :

cognome e nome	data di nascita	-luogo di nascita	parentela

Agli effetti militari si trova nella seguente posizione: _____

È iscritto nel seguente Albo o Ordine professionale _____

È in possesso del seguente titolo di studio _____

Conseguito nell'anno _____ presso il seguente Istituto /Università _____

Possiede la seguente qualifica professionale _____
È in possesso del seguente titolo di specializzazione _____
Non ha riportato condanne penali;

non è destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, decisioni civili o provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente;

non è a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

è in possesso del seguente codice fiscale _____

Il / La sottoscritt _____ dichiara inoltre di non trovarsi in nessuna condizione di incompatibilità con il presente incarico a tempo indeterminato consapevole di instaurare con l'Azienda Sanitaria Locale Provinciale "FOGGIA" un rapporto di esclusività.

Il /La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere qualsivoglia eventuale comunicazione al seguente indirizzo:

E per comunicazioni telefoniche indica il /i seguente/i numero/i :

Luogo e data

Il/La Dichiarante

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica amministrazione.

Informativa ai sensi del D.Leg.vo n. 196 del 30 giugno 2003.

I dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Allegato "B"

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 DPR 445 DEL 28/12/2000)**Il sottoscritto _____
(cognome) (nome)Nato a _____ il _____
(luogo) (Prov.)Residente a _____ in Via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000.

DICHIARA

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38 DPR 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**AI DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE
PROVINCIALE
F O G G I A**

OGGETTO : Domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico per soli titoli per il conferimento di incarichi a tempo determinato nella qualifica di _____

IL/La sottoscritt _____, nat _____ a _____ il ____ / ____ / ____ e residente in _____ in via _____

CHIEDE

Di essere ammessa a partecipare all'Avviso Pubblico per soli titoli per la qualifica di _____ bandito da codesta Azienda Sanitaria Locale Provinciale di FOGGIA con deliberazione del Direttore Generale n. _____ del ____ / ____ / ____, pubblicato integralmente sul BURP N. _____ del _____

A tal fine dichiara:

Di essere cittadin _____ italian _____;

Di essere iscritt _____ nelle liste elettorali del comune di residenza;

Di essere in possesso del titolo di studio richiesto dal bando vale a dire " _____

_____ conseguito presso _____ con la votazione di ____ / ____;

Di essere in possesso della specializzazione in _____

Di non aver mai riportato condanne penali;

Di non aver mai prestato servizio presso pubbliche amministrazioni (depenare se non interessa);

Di aver prestato servizio /i con la qualifica di

_____ a far data dal _____

presso la seguente pubblica amministrazione _____

e gli stessi si sono risolti per la seguente causa _____;

Di essere fisicamente idone ___ a rivestire la qualifica di cui al presente bando di concorso;

Di godere di diritti civili e politici;

Di essere iscritt__ all'Ordine Professionale dei Medici di _____;

Il / La sottoscritt___ dichiara di voler ricevere eventuali comunicazioni inerenti il presente concorso al seguente indirizzo:

Codice fiscale : _____

Telefono _____ cell. _____

Il / La sottoscritt___ autorizza l'Amministrazione cui la presente è indirizzata all'utilizzo dei dati nella stessa contenuti unicamente per i fini per i quali gli stessi sono stati richiesti e forniti ai sensi del decreto legislativo n. 196 /2003.

Il / La sottoscritt___ allega alla presente domanda la seguente documentazione come anche da elenco documenti allegato in triplice copia nonché copia conforme della carta d'identità e del codice fiscale.

(città) _____ (data) _____ in fede _____ (firma) _____