

Al Direttore Generale
A.S.L. di Vallecamonica-Sebino
Via Nissolina, 2
25043 BRENO (Bs)

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....
il.....residente a.....in Via/P.zza.....
c.a.p..... tel.....

C H I E D E

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per la formazione di una graduatoria per l'assunzione a tempo determinato nella qualifica di:

- Dirigente medico – Area Medica e delle specialità mediche – disciplina: Radioterapia.

All'uopo sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R.445/2000, dichiara:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero di avere la cittadinanza in uno degli Stati Membri dell'Unione Europea);
- di essere/non essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di.....
(nel caso di non iscrizione indicarne il motivo.....);
- di aver/non aver riportato condanne penali (in caso affermativo indicare le condanne penali riportate.....);
- di essere in possesso dei seguenti titoli richiesti dall'avviso quali requisiti di ammissione:.....
.....;
- di essere iscritto/a all'albo/ordine.....della Provincia di
.....dal.....al n°.....;
- di aver/non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni (indicare le eventuali cause di risoluzione del rapporto):
dal.....al.....qualifica.....presso.....
.....;
- di eleggere il seguente domicilio presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa alla presente domanda:
Via..... c.a.p.....
Città.....Provincia.....tel.....

Data, Firma.....

Nota: Se la presente istanza non è sottoscritta davanti al dipendente addetto all'ufficio concorsi, deve essere allegata fotocopia del documento di identità in forma semplice pena esclusione dall'avviso).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 D.P.R. 28.12.2000, n.445)

Io sottoscritto/a.....

nato/a a.....il.....

residente a.....

Via.....nr.....

consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal D.P.R.28.12.2000, nr.445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARO

- di essere in possesso del titolo di studio di:

1.diploma di Laurea.....conseguito il:.....

presso:.....con punteggio:.....

2.diploma di:.....conseguito il:.....

presso:.....con punteggio:.....

- di essere stato abilitato all'esercizio della professione nella.....sessione
anno.....;

- di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di specializzazione o altro:

1.titolo:.....conseguito il:.....

presso:.....

2. titolo:.....conseguito il:.....

presso:.....

- di essere iscritto/a nell'albo/ordine.....della Provincia
di.....dal.....al n°

....., il.....
(luogo) (data)

.....
(il/la dichiarante)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 D.P.R. 28.12.2000, n.445)

Io sottoscritto/a.....

nato/a a.....il.....

residente a.....

Via.....nr.....

consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal DPR 28.12.2000, n.445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia:

DICHIARA

■ di aver prestato/di prestare servizio presso:

a) denominazione Ente:.....

(indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato).

qualifica.....

tipologia del rapporto

(indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).

■ tempo pieno dal.....al.....

■ tempo parziale (n° ore settimanali.....) dal.....al.....

b) denominazione Ente:.....

(indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato).

qualifica.....

tipologia del rapporto

(indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).

■ tempo pieno dal.....al.....

■ tempo parziale (n° ore settimanali.....) dal.....al.....

c) denominazione Ente:.....

(indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato).

qualifica.....

tipologia del rapporto

(indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).

■ tempo pieno dal.....al.....

■ tempo parziale (n° ore settimanali.....) dal.....al.....

Dichiaro, inoltre, che per i suddetti servizi a rapporto di lavoro subordinato con il SSN non ricorrono le condizioni di cui all'art.46 del D.P.R.20.12.1979, n.761.

....., il.....

(luogo)

(data)

.....

(il/la dichiarante)

