

**Al Direttore Generale Asl Oristano
S.C. Risorse Umane e Sviluppo Organizzativo
risorseumane@pec.asloristano.it**

I sottoscritt _____,
nat_ a _____ il _____
residente in Via/P.zza _____, n° _____, Città _____,
numero telefono _____ numero cellulare _____,
pec _____,
indirizzo e-mail: _____
codice fiscale: _____

C H I E D E

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica, per soli titoli, per il conferimento di incarichi atempo determinato di Dirigente Medico – Disciplina Oftalmologia.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445 “testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa” ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. 445 del 28/12/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità:

DICHIARA:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente _____;
- di essere titolare di: (per i cittadini non UE)
 - ☐ diritto di soggiorno
 - ☐ diritto di soggiorno permanente
 - ☐ permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo
 - ☐ status di rifugiato
 - ☐ status di protezione sussidiaria
- godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza ☐ SI ☐ NO (per i cittadini non italiani);
- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana ☐ SI ☐ NO
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di; ovvero, motivi di non iscrizione o cancellazione
- solo per i cittadini soggetti all'obbligo di leva: di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva ☐ SI ☐ NO

- di aver riportato condanne penali ☐ SI ☐ NO se SI, indicare quali _____;
- di aver subito condanne che comportino l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ☐ SI ☐ NO se SI, indicare quali: _____
- di aver subito condanne che comportino l'interdizione temporanea dei pubblici uffici ☐ SI ☐ NO se SI indicare il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici _____;
- di aver procedimenti penali pendenti ☐ SI ☐ NO se SI, indicare quali: _____;
- di essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per aver conseguito l'assunzione mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile; ☐ SI ☐ NO
- di essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per lo svolgimento di attività incompatibile con il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione; ☐ SI ☐ NO
- di essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per persistente insufficiente rendimento; ☐ SI ☐ NO
- di essere stato destinatario di procedimento disciplinare nel corso degli ultimi due anni ☐ SI ☐ NO se SI, indicare quali: _____;
- di avere procedimenti disciplinari in corso ☐ SI ☐ NO se SI, indicare la tipologia della sanzione prevista _____
- di essere stato destinatario di licenziamento disciplinare presso una Pubblica Amministrazione ☐ SI ☐ NO
- di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego ☐ SI ☐ NO
- di essere in possesso del Diploma di Laurea in _____ conseguito in _____ data _____ presso l'Università _____ sita in _____ (nel caso di titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento ministeriale con il quale è stata riconosciuta la validità nello stato italiano);
- di essere iscritto all'Albo dell'ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ N° di Iscrizione _____;
- di essere in possesso della specializzazione nella Disciplina: _____ conseguita in data _____ presso l'Università di _____ sita in _____ e che la durata della stessa è stata pari ad anni ... e che l'immatricolazione è avvenuta in data _____; (nel caso di titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento ministeriale con il quale è stata riconosciuta la validità nello stato italiano);
- di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nel bando relativo alla selezione in oggetto;
- di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e ss.mm.ii., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all'Asl Oristano, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico, come specificato nella informativa privacy, allegata all'avviso di selezione;

- di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n°196/03 – Reg. Europeo 679/2016 – D.Lgs 101/2018;
- di essere informato che ogni comunicazione relativa alla presente selezione verrà fatta all'indirizzo P.E.C. precedentemente indicato;

Luogo, data _____

Firma _____

Allega alla presente:

- curriculum formativo e professionale, datato e firmato, reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva;
- dichiarazione sostitutiva di certificazioni di _____;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà _____;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia di _____;
- elenco descrittivo, datato e firmato, dei documenti e titoli presentati, numerato progressivamente;
- copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità in corso di validità.