

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA RELATIVA ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI MEDICI DA INSERIRE IN SENO ALLE COMMISSIONI PER L'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE NELL'AMBITO DELL'AZIENDA U.S.L. n.5 DI MESSINA

(da far pervenire al Protocollo Generale dell'Azienda U.S.L. n.5 tassativamente entro il 3 febbraio 2003)

DIRETTORE GENERALE
dell'Azienda U.S.L. n.5 di Messina
Via Giuseppe La Farina, n.263
98100 MESSINA

...l... sottoscritt... Dott. (cognome e nome)
nat... a (Prov.) il
e residente in (Prov.)
Via n. c.a.p.
tel./.....

C H I E D E

di poter concorrere all'avviso pubblico per la selezione di medici da inserire nelle 8 Commissioni previste nell'ambito di codesta Azienda U.S.L., che dovranno provvedere all'accertamento dell'invalidità civile.

Più specificatamente chiede di concorrere per la selezione relativa alla figura professionale di (1)

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

(omettere la trascrizione della lettera che non interessa)

- a) che alla data odierna risulta titolare di rapporto di dipendenza, a tempo indeterminato, presso codesta Azienda U.S.L. (non in posizione di aspettativa) presso il Servizio di a far data dal
- b) che alla data odierna risulta titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato presso codesta Azienda U.S.L. nella qualità di (2) a far data dal
- c) di essere in posizione di quiescenza a far data dal
- d) che alla data odierna risulta essere titolare di rapporto di dipendenza a tempo indeterminato presso... (3)
- e) di essere specialista in

Allega alla presente:

1. la documentazione attestante il possesso dei requisiti di cui alla/alle precedente/i lettere a), b), c), d) (4);
2. il diploma di specializzazione in
3. dichiarazione, formulata secondo quanto previsto dalla vigente normativa (leggi 15/68 e 45/86), con cui il diretto interessato attesta di non aver subito condanne penali o di non essere stato rinviato a giudizio per fatti connessi a pregressa attività come componente di commissione per il riconoscimento dell'invalidità civile ed, inoltre, di non trovarsi in alcuna delle incompatibilità prevista dalle leggi vigenti.

(Tutta la certificazione suddetta potrà essere sostituita con idonea autocertificazione, accompagnata da fotocopia di valido documento di identità)

Chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente concorso venga fatta pervenire al seguente indirizzo:

Via n.
CAP Comune (prov.)

Addì,

FIRMA

(1) specificare la figura a cui si intende concorrere (Presidente – II° Componente – III° Componente);

(2) specificare il tipo di convenzione;

(3) specificare l'Ente con il quale si intrattiene il rapporto di dipendenza;

(4) certificato di servizio per i medici dipendenti ed analoga certificazione per i medici convenzionati, da cui si evinca chiaramente l'attuale sede di assegnazione;