

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 di Anestesia e Rianimazione.

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.....

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:.....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)

