

FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

All'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
"Fondazione Emilia Muner De Giudici"
Via della Libertà n. 19
33040 LOVARIA PRADAMANO (UD)

Domanda di ammissione alla procedura comparativa per il conferimento di n. 1 incarico, a tempo determinato per 36 mesi, di *Direttore sanitario* dell'ASP "Fondazione Emilia Muner De Giudici" di Lovaria Pradamano (Ud).

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di valutazione comparativa finalizzata alla selezione, per titoli ed eventuale colloquio, di un professionista incaricato allo svolgimento dell'incarico, a tempo determinato per 36 mesi, di Direttore Sanitario dell'ASP "Fondazione Emilia Muner De Giudici" di Lovaria Pradamano (UD), indetto con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 23 del 22.09.2023.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole della veridicità delle stesse e delle eventuali sanzioni penali di cui all'art. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di false dichiarazioni,

DICHIARA

- di essere nato/a a

_____ il _____

- codice fiscale _____

- di risiedere a _____ prov. _____

In via _____ n. _____

Telefono _____ cellulare _____

e-mail _____

- di essere in possesso della cittadinanza: _____

- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____

ovvero di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo:

- **per i cittadini non italiani:** di godere dei diritti politici e civili nello stato di appartenenza o provenienza

☐ SÌ ☐ NO

in caso negativo indicare i motivi del mancato godimento dei diritti politici e civili nello stato di appartenenza o provenienza _____

- **per i cittadini non italiani:** di avere adeguata conoscenza della lingua italiana

☐ SÌ ☐ NO

- di avere riportato condanne penali: ☐ SÌ ☐ NO

in caso affermativo, indicare le condanne penali riportate e i procedimenti penali in corso

- di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione, né di essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da un pubblico impiego

- (solo per i candidati di sesso maschile) di avere assolto gli obblighi militari: ☐ SÌ ☐ NO

(in caso negativo indicare i motivi del mancato assolvimento degli obblighi militari)

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

_____ conseguito

il _____ presso _____

- di essere in possesso dell'ulteriore seguente titolo di studio:

_____ conseguito

il _____ presso _____

- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei medici n. _____, data _____, prov. _____;

- che quanto indicato nell'allegato Curriculum formativo e professionale corrisponde a verità;

- che i documenti e i titoli presentati e allegati sono pari a n. _____;

- di voler ricevere eventuali comunicazioni inerenti al presente Avviso al seguente indirizzo (indicare solo se diverso dalla residenza):

via _____ nr. _____ ,

città _____ C.A.P. _____

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione di quanto riportato al link <https://www.fondazionemuner.it/it/privacy-e-note-legali-44295>
- che tutti i documenti allegati sono conformi agli originali, ai sensi degli artt.19,19-bis e 47 del DPR 28.12.2000, n.445.

Allega alla presente:

- 1) fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità;
- 2) curriculum vitae, formativo e professionale, aggiornato e sottoscritto;
- 3) i titoli ritenuti utili per la valutazione.

Data, _____

(firma)