

FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

All'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
"Casa per Anziani"
Viale Trieste 42
33043 CIVIDALE DEL FRIULI (UD)

Domanda di ammissione alla procedura comparativa per il conferimento di conferimento di n. 1 incarico, a tempo determinato per 24 mesi, di Direttore sanitario dell'ASP "Casa per Anziani" di Cividale del Friuli

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 24 mesi, di Direttore sanitario dell'ASP Casa per Anziani di Cividale del Friuli (UD), indetto con determinazione del Direttore Generale n. 21 del 01.02.2023.

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

- (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 del 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 concorso 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.aspciviale.it/amministrazionetrasparente/bandidiconcorso/avvisi> in materia di trattamento dei dati personali effettuati nell'ambito della gestione del rapporto in oggetto da rendersi ai sensi degli articoli 13 e 14 del RGPD - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati
- 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 aggiornato;
- 3) i titoli ritenuti utili per la valutazione.

Data, _____

(firma)