**FAC SIMILE DI DOMANDA DA REDIGERSI IN CARTA SEMPLICE.**

Al DIRETTORE GENERALE

DELL’A.S.S.T. DI VIMERCATE

UFFICIO PROTOCOLLO

VIA SANTI COSMA E DAMIANO N. 10

20871 VIMERCATE

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

di essere ammesso a partecipare al pubblico avviso per titoli e colloquio, indetto con deliberazione n. \_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per l’assunzione con incarico a tempo determinato per  
un anno, o periodo inferiore in relazione alla copertura a tempo indeterminato del relativo posto d’organico a seguito dell’espletamento del concorso pubblico indetto con deliberazione n. 353/2018, di n. 1 Dirigente Medico di Cure Palliative.

Dichiara sotto la propria responsabilità, anche ai fini di quanto previsto dal D.P.R. n.445/00:

1. di essere in possesso della cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. *[eliminare la voce che non interessa]* di non aver riportato condanne penali, *ovvero*: di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. *[eliminare la voce che non interessa]* di non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa, *ovvero:* di essere destinatario dei seguenti provvedimenti che riguardino l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_presso

l’Università \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di avere conseguito la specializzazione in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

l’Università \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il cui corso di studi ha avuto una durata di anni\_\_\_\_\_\_\_\_ *ovvero*: di avere acquisito la certificazione regionale di cui al D.M. 4.06.2015 in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di essere iscritto all'Ordine dei medici della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di non avere prestato servizio alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni, *ovvero:* di aver prestato servizio alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni come segue: dal \_\_\_\_ al \_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_ e che la risoluzione dei precedenti rapporti è stata determinata dalle seguenti cause \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di non essere stato dispensato dall’impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l’impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
4. di aver preso visione del relativo avviso pubblico e di sottostare a tutte le condizioni in esso stabilite ed alle norme tutte di legge e dei regolamenti interni ed eventuali successive modifiche degli stessi;
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (altre eventuali dichiarazioni)

Chiede inoltre che ogni comunicazione relativa al presente avviso gli venga fatta al seguente indirizzo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telef./cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_