**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, indetto con deliberazione n. \_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per la formulazione di una graduatoria da utilizzare per assunzioni con incarico di supplenza di Dirigenti Medici nella disciplina di Malattie dell’apparato respiratorio.

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

1. di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di essere residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere in possesso della cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*oppure riportare i motivi della non iscrizione)*;
5. *[eliminare la voce che non interessa]* di non aver riportato condanne penali, *ovvero*: di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. *[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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. 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\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

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 venga fatta al seguente indirizzo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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