**FAC-SIMILE DOMANDA DI AMMISSIONE ALL’AVVISO**

*(indirizzo PEC ASL AL:* *aslal@pec.aslal.it**)*

 **Al Direttore Generale**

**dell’Azienda Sanitaria Locale AL**

 **Via Venezia, 6**

 **15121 ALESSANDRIA**

**OGGETTO**: domanda di partecipazione ad avviso di selezione per il conferimento di incarico di sostituzione di Direttore SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO - SEDE DI CASALE MONFERRATO

# Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_, porge domanda per essere ammesso/a all’avviso pubblico per il conferimento di incarico di sostituzione di **Direttore Struttura Complessa DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO - SEDE DI CASALE MONFERRATO** indetto da Codesta Amministrazione con deliberazione n. del . . .

***A tale scopo, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell’art. 75 del Testo unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità dichiara:***

##### di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; i cittadini di uno dei paesi dell’Unione Europea devono dichiarare il godimento dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza e la adeguata conoscenza della lingua italiana;

##### di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (in caso di mancata iscrizione indicarne i motivi);

##### di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso/di avere (\*) riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare le condanne penali riportate anche ai sensi art. 444 CPP, la data della sentenza e l’autorità giudiziaria che le ha emesse, indicando se sia stata concessa amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale, non menzione, estinzione, riabilitazione ecc.); di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di essere in possesso dei requisiti previsti dall’art. 5 del DPR 484/1997

□ anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disciplina di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero o disciplina equipollente e specializzazione nella disciplina di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero o disciplina equipollente;

ovvero

□ anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero;

##### di essere iscritto all'Albo Professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al n. di posizione \_\_\_\_;

##### di essere attualmente in servizio a tempo indeterminato a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di aver prestato i servizi come specificati nel curriculum allegato alla presente domanda il quale costituisce parte integrante della stessa;

##### di avere/non avere conseguito (\*) il certificato di formazione manageriale;

##### di essere nella seguente posizione riguardo agli obblighi militari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (se espletato indicare qualifica, periodo e durata nei quali il servizio è stato prestato);

##### di essere/non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso la pubblica amministrazione ovvero licenziato dalla data di entrata in vigore del primo C.C.N.L. (\*);

*Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 e ss.mm.ii. (Codice in materia di protezione dei dati personali)* *e del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati (GDPR 2016/679), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.*

*Il sottoscritto chiede che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni:*

##### Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/P.za/C.so \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C.A.P.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_) Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### e.mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGA:

* *curriculum* professionale, ai sensi dell’art. 8 D.P.R. 484/97, datato e firmato, redatto in forma di dichiarazione sostitutiva di cui al D.P.R. 28.12.2000, n. 445 secondo il facsimile allegato;
* dettagliato elenco cronologico delle pubblicazioni;
* elenco in triplice copia, in carta semplice, dei titoli e documenti presentati;
* fotocopia non autenticata della carta di identità o altro documento di riconoscimento in corso di validità;
* certificazione dell’Ente o Azienda relativa alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato;
* ricevuta versamento comprovante il pagamento del contributo concorso;
* pubblicazioni;
* attestati di partecipazione a corsi, seminari, ecc. e relativo elenco (ove non prodotto in sede di curriculum)
* altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

##### Data (firma per esteso)

**\* omettere la dicitura che non interessa**

**\*\* indicare le condanne penali riportate, la data della sentenza e l’autorità giudiziaria che le ha emesse, indicando se sia stata concessa amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale, non menzione, estinzione, riabilitazione ecc., nonché i procedimenti penali eventualmente pendenti**