***SCHEMA DI DOMANDA***

**Al Direttore Generale**

**Asl Sulcis Iglesiente**

**Via Dalmazia,83**

**09017 Carbonia**

**risorseumane****@pec.aslsulcis.it**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_\_), Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_\_\_ PEC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per soli titoli, per l'attribuzione di un incarico libero professionale di Medico Competente e Medico Autorizzato per le esigenze della la ASL Sulcis Iglesiente

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di essere cittadino/a italiano/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero di non essere iscritto alle liste elettorali, segnalando i motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
3. di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali in corso; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. di essere nella seguente posizione nei confronti degli obblighi di leva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
5. di essere in possesso del titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. di essere iscritto all’albo professionale per l’esercizio della professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con decorrenza da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
7. di essere in possesso di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
8. di essere iscritto nell’elenco dei Medici Autorizzati addetti alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti di cui all’art.138 del D.lgs. n. 101/2020 con decorrenza da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
9. di aver maturato esperienza presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
10. di possedere l'idoneità fisica all'impiego;
11. di non essere ovvero di essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso Pubblica Amministrazione per persistente, insufficiente rendimento ovvero dichiarato/a decaduto/a da un impiego statale per aver prodotto documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
12. di acconsentire al trattamento dei dati personali ((D.Lgs 196/03del Regolamento UE 679/2016 del 27/04/2016 (GDPR-General Data Protection Regulation);
13. di accettare le condizioni previste dal bando di selezione;

Allega alla presente i seguenti titoli:

* Curriculum formativo-professionale datato e firmato
* Copia dell’elenco dei documenti e titoli presentati
* Eventuali titoli e documenti, in originale autenticati o autocertificati, che il candidato ritenga opportuni per la formulazione della graduatoria di merito
* Copia Fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale

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

N.B. Qualora al momento dell'eventuale nomina siano scaduti i termini di validità delle dichiarazioni rese, le stesse dovranno essere riconfermate attraverso la sottoscrizione di un apposito modulo ai sensi di quanto stabilito dagli articoli 41 e 48 del DPR n.445/00.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n° 445/2000

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

D I C H I A R A :

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_ di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di essere cittadino italiano (oppure)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di godere dei diritti civili e politici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- titolo di studio posseduto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

- di essere iscritto all'albo professionale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguita in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di essere iscritto nell’elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero della Salute ai sensi dell’art. 38, comma 4, del Decreto Legislativo n. 81/2008 e ss.mm. e ii. con decorrenza da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di avere maturato esperienza presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 D. Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

Ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n° 445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n° 445/2000,

D I C H I A R A

Ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n° 445/2000, i seguenti stati, fatti e qualità personali (la presente dichiarazione può essere utilizzata per certificare attività di servizio utilizzando lo schema di seguito indicato):

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ natura del contratto (contratto di dipendenza, di consulenza, di collaborazione.......) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tipologia del contratto (tempo pieno – parziale) \_\_\_\_\_\_\_\_ per numero ore settimanali\_\_\_\_\_\_\_ . Indicare le cause di risoluzione del rapporto di impiego (scadenza del contratto, dimissioni .........) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’ DI CONFORMITA’ ALL’ORIGINALE DI COPIA

Ai sensi degli artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l’allegata copia:

a) dell’atto/documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è conforme all’originale in possesso di \_\_\_\_\_\_\_\_ ;

b) della pubblicazione dal titolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_edita da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, riprodotto per intero/estratto da pag. \_\_\_\_\_\_a pag. \_\_\_\_\_\_ e quindi composta di n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fogli, è conforme all’originale in possesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

c) del titolo di studio/servizio \_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è conforme all’originale in possesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero in mio possesso;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data Firma