

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL  
CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI DIRETTORE DELLA U.O.C. \_\_\_\_\_**

(Il presente fac-simile non è utilizzabile per la presentazione della domanda)

Al Direttore Generale  
ASL Viterbo  
Via E. Fermi, 15  
01100 Viterbo

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso all'Avviso Pubblico, per l'attribuzione di incarico quinquennale di Direttore della U.O.C. \_\_\_\_\_, indetto da codesta Amministrazione con delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi e di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- a) di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- b) di essere residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- c) di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_; <sup>(1)</sup>
- d) codice fiscale \_\_\_\_\_;
- e) di essere / non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_; <sup>(2)</sup>
- f) di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso l'Istituto \_\_\_\_\_;
- g) di essere iscritto all'albo dell'ordine di \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_;
- h) di essere in possesso della seguente specializzazione \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- i) di essere /non essere in possesso dell'attestato di formazione manageriale;
- j) di essere in possesso di altri titoli di studio \_\_\_\_\_;
- k) di essere dipendente dell'Azienda \_\_\_\_\_ e di avere prestato servizio presso \_\_\_\_\_; <sup>(3)</sup>
- l) non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento ovvero di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego presso una pubblica amministrazione ai sensi della normativa contrattuale, per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile ai sensi dell'art. 127, 1° comma, lettera d) del D.P.R. n. 3 del 10.01.1957;
- m) non aver riportato condanne penali anche di primo grado, ancorché sia concessa la sospensione condizionale della pena, o nei cui confronti sia stata applicata la pena prevista dall'art. 444 del c.p. e non avere in corso procedimenti penali relativi a reati contro la pubblica amministrazione o che si riferiscano al profilo oggetto dell'avviso;
- n) di aderire/non aderire all'opzione per il rapporto di lavoro esclusivo;
- o) di avere/non avere diritto alla applicazione dell'art. 20 della legge 5.2.1992 n. 104, per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate; <sup>(4)</sup>
- p) di possedere una adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per i cittadini degli altri paesi dell'Unione Europea);
- q) di essere stato informato che i dati personali acquisiti saranno raccolti dall'ufficio competente per lo svolgimento della procedura e saranno trattati presso una banca dati, sia automatizzata che cartacea, anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro per finalità aderenti alla gestione del rapporto medesimo nel rispetto di quanto previsto dal d. lgs. 196/2003 e del d.lgs. 101/2018;
- r) di aver preso visione del bando di avviso e di accettare, senza riserva alcuna, le condizioni contenute nello stesso.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo:

Dott. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ tel. cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma estesa e leggibile <sup>(5)</sup>

\_\_\_\_\_  
(ai sensi dell'art. 39 DPR 445/2000, la firma non è soggetta ad autenticazione)

**A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.**

- \_\_\_\_\_
- (1) Indicare cittadinanza italiana ovvero indicare le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
  - (2) In caso positivo, specificare quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
  - (3) In caso affermativo, specificare la qualifica, i periodi e gli eventuali motivi di cessazione;
  - (4) Indicare l'ausilio necessario in relazione all'handicap nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi;
  - (5) A pena di esclusione.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE****(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato nel Comune di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ e residente nel Comune di \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità e della conseguente decadenza dai benefici derivanti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R 28 dicembre 2000 n. 445 (testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

**DICHIARA**

- Di essere in possesso della Laurea in \_\_\_\_\_ conseguita presso la Facoltà di \_\_\_\_\_ dell'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso della Specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita presso la Facoltà di \_\_\_\_\_ dell'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto presso Albo/Ordine di \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ dalla data \_\_\_\_\_ con il numero \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso dell'attestato di formazione manageriale \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- Di \_\_\_\_\_;

Dichiara inoltre di essere informato – ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 – che i dati personali suindicati saranno utilizzati esclusivamente per la gestione del trattamento economico, per la posizione previdenziale, assicurativa ed assistenziale e comunque per l'amministrazione degli affari interni.

**A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.**

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

---

 (firma estesa e leggibile)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato nel Comune di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ e residente nel Comune di \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità e della conseguente decadenza dai benefici derivanti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

**DICHIARA**

che le allegate copie dei sottoelencati documenti, sono conformi agli originali in Suo possesso:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere informato – ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 che i dati personali suindicati saranno utilizzati esclusivamente per la gestione del trattamento economico, per la posizione previdenziale, assicurativa ed assistenziale e comunque per l'amministrazione degli affari interni.

**A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.**

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma estesa e leggibile)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**  
**per i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato nel Comune di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ e residente nel Comune di \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità e della conseguente decadenza dai benefici derivanti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

**DICHIARA**

- di Prestare / Aver prestato servizio alle dipendenze

.....

- Indirizzo completo

.....

- Con la qualifica di

.....

- Nella disciplina di .....

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../.....  a tutt'oggi  
 Fine periodo ...../...../.....

Tempo pieno;  Tempo parziale (n. \_\_\_\_\_ore settimanali)

- Denominazione (eventuale) conferimento incarico dirigenziale

“.....” dal..... al .....

- Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;
- Tempo determinato;
- A tempo unico;
- A tempo definito;
- Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001);
- Collaborazione Coordinata e Continuativa;
- Borsa di Studio;
- Altro .....
- Eventuale aspettativa senza assegni dal .....al .....; dal ..... al .....

Tutte le informazioni sopra elencate devono essere rese per ciascun servizio prestato presso la stessa / diversa Amministrazione Pubblica.

Dichiara inoltre di essere informato – ai sensi del D. L.vo 30 giugno 2003 n. 196 – che i dati personali suindicati saranno utilizzati esclusivamente per la gestione del trattamento economico, per la posizione previdenziale, assicurativa ed assistenziale e comunque per l'amministrazione degli affari interni.

**A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.**

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
 (firma estesa e leggibile)