

*Fac-simile domanda da produrre su carta semplice con firma non autenticata (ai sensi dell'art.39 DPR n.445/2000)
valevole anche quale Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione ai sensi dell'art. 46 del DPR n.445/2000*

Al Direttore Generale
OSPEDALE VALDUCE
Via Dante Alighieri 11
22100 - COMO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. di _____) il _____

e residente in Via _____ Comune _____

(prov. di _____) C.A.P. _____ Cod. Fisc. _____

Recapito Telefonico _____

Presa visione dell'avviso pubblicato per estratto sulla G.U. n° _____ del _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all'Avviso Pubblico di Selezione per il conferimento di Incarico
di durata Quinquennale di:

n. 1 posto di DIRETTORE dell'U.O.C. di _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n.
445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, in possesso dei requisiti
generali e specifici richiesti dall'avviso dichiara:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di essere (per i cittadini appartenenti a uno stato della CE) cittadino/a dello Stato di _____
- di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto in Avviso
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
o di non essere iscritto/a per il seguente motivo _____

- di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (oppure:) _____
- di aver conseguito la Laurea in _____
in data _____ c/o _____
- di essere abilitato/a all'esercizio della professione dal _____
- di essere iscritto nell'Albo Profess. di _____ in data _____ N° _____

- di essere in possesso del Diploma di Specializzazione nella disciplina di _____
conseguito in data _____ c/o _____
- di essere in possesso del Diploma di Specializzazione nella disciplina di _____
conseguito in data _____ c/o _____
- di aver conseguito l'Attestato di Formazione Manageriale in data _____
c/o _____
(altresì indicare se NON conseguito)
- di aver prestato i servizi così come dettagliatamente specificati nel curriculum allegato alla presente domanda che costituisce parte integrante della stessa e di aver maturato l'anzianità di servizio relativamente a quanto richiesto dall'avviso al punto 2) dei requisiti specifici di ammissione;
- di non essere stato/a destituito/a (licenziato/a) o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione _____

Dichiara inoltre:

- di uniformarsi, nell'esercizio delle proprie mansioni, all'indirizzo etico-religioso dell'Ente Ecclesiastico gestore dell'Ospedale;
- di impegnarsi ad osservare tutte le norme sancite dal Regolamento Organico dell'Ospedale e dal rapporto di lavoro.

Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente Avviso Pubblico di Selezione.

Il/la sottoscritto/a attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n.445/2000, consapevole anche delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace e falsità in atti dall'art. 76 del medesimo DPR.

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D.Lgs 30.06.2003 n. 196 e dal Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 (GDPR – General Data Protection Regulation). In particolare dichiara di essere a conoscenza e acconsente che il proprio curricula venga pubblicato sul sito internet aziendale in applicazione dell'art. 15, comma 7 bis, lett. d), del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a chiede, infine, che ogni eventuale comunicazione, relativa alla presente domanda, sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le

eventuali successive variazioni, ed esonera l'Ospedale Valduce di Como da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità:

Via/P.zza _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. di _____)

PEC (intestata al sottoscritto) _____

Il/la sottoscritto/a, avendo indicato l'indirizzo di PEC, accetta che lo stesso diventi il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico per ogni comunicazione da parte dell'Ospedale Valduce inerente a tale procedura.

Data _____ FIRMA _____

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____

rilasciato il _____ da _____ Scad. _____