

Codice procedura: **20106CPANESTESIA**

**AL DIRETTORE GENERALE**  
**dell’Azienda Ospedaliera “S.Maria”**  
**Via Tristano di Joannuccio**  
**05100 – TERNI (TR)**

Il/La sottoscritto/a..... nato a.....  
 il..... residente in ..... Via .....  
 CAP..... Telefono..... Cellulare.....

chiede di essere ammesso/a a partecipare al **CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO**

**DISCIPLINA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE.**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art.76 DPR n.445/2000 e s.m.i.), dichiara sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- a)  di essere in possesso della cittadinanza .....(**vedi nota 1**) o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea, o loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, ovvero cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria (art. 38 D.Lgs 165/2001 e s.m.i.);
- b)  di godere dei diritti civili e politici (i cittadini non italiani, devono specificare il godimento dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza)
- c)  di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di..... (**vedi nota 2**);  
 di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo.....;
- d)  di non aver subito condanne penali anche non definitive, e di aver/non aver procedimenti penali in corso. In particolare, di non avere condanne penali, anche non definitive e/o procedimenti penali in corso per reati contro la Pubblica Amministrazione o per reati commessi nello svolgimento delle attività oggetto della presente selezione. (**vedi nota 3**);
- e)  di essere in possesso del Diploma di Laurea .....conseguito presso l’Università di..... in data.....;
- f)  di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in.....presso l’Università di ..... in data ..... durata (.....) conseguito / non conseguito ai sensi del D.Lgs. n. 257/1991 ovvero D.Lgs. n. 368/1999, ovvero di essere medico in formazione specialistica iscritto al ....anno nella disciplina di .....
- g)  di essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici di..... alla posizione n. ....;
- h)  di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione.....;
- i)  di prestare servizio o di avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni, come da dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata (**vedi nota 4**);
- l)  di essere in possesso di esperienze lavorative con rapporto di lavoro libero professionale, borsa di studio, progetto o altro come da dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata (**vedi nota 4**);
- m)  di non essere stato destituito o dispensato o licenziato dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione
- n)  di possedere i seguenti titoli comprovanti il diritto di precedenza o preferenza:  
 categoria ..... (art. 5, punto 4, D.P.R. n. 487/94 e s.m.i.);
- o)  di avere a carico n..... figli;
- p)  che ogni comunicazione inerente l’Avviso Pubblico venga inviata al seguente indirizzo:

Via ..... Comune..... Prov. ....  
 CAP ..... recapiti telefonici.....

Il sottoscritto autorizza l’Azienda Ospedaliera di Terni al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e gli allegati formati successivamente nell’ambito dello svolgimento della procedura ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/ 30.06.2003.

Il sottoscritto allega la seguente documentazione, redatta come dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà:

- o **schema curriculum formativo professionale, datato e firmato;**  
 o **pubblicazioni in originale o copia conforme;**  
 o **fotocopia fronte retro di un documento di identità personale,** in corso di validità (obbligatorio)  
 o **copia ricevuta avvenuto pagamento contributo spese di 10,00 €.**

Luogo,..... data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma per esteso del dichiarante**

**NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA**

1) Specificare se italiana, di altro stato membro dell’Unione Europea;

2) In caso di non iscrizione o di cancellazione delle liste elettorali, indicarne i motivi;

3) In caso affermativo specificare le condanne riportate (anche in caso di amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale);

4) L’eventuale dichiarazione deve indicare gli Enti, natura giuridica del rapporto (contratto subordinato a tempo indeterminato/determinato), la qualifica rivestita (compresi i rapporti libero professionale e convenzionali), i periodi e gli eventuali motivi di interruzione e cessazione.