

Allegato A

**SCHEMA DI DOMANDA**

Al Direttore Area Vasta n. 4  
dell'Asur Marche  
Via Zeppilli 18 - Fermo

Il /la sottoscritto/a.....  
nato/a a .....il.....  
e residente a.....in via.....  
tel. n. ....

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare all'Avviso pubblico per il conferimento dell'incarico quinquennale di **DIRETTORE MEDICO DI STRUTTURA COMPLESSA – PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO** in attuazione della determina n. 714/AV4 del 23/09/2021.

A tal fine, sotto la propria responsabilità (artt. 46 e 47 D.P.R. 445/00 e s.m.i.) consapevole, in caso di dichiarazione mendace delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

- di essere in possesso della cittadinanza italiana (o equivalente) \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto /a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (indicare in alternativa i motivi della non iscrizione o cancellazione);
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali (ovvero \_\_\_\_\_);
- di aver assolto agli obblighi militari (ovvero \_\_\_\_\_);
- di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_, conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con la seguente votazione \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del diploma di abilitazione alla professione di medico chirurgo conseguita presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della specializzazione nella disciplina di \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ della durata di anni \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ con numero di posizione \_\_\_\_\_ dalla data del \_\_\_\_\_;

di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

oppure

di aver prestato (e di prestare) i sotto indicati servizi presso Pubbliche Amministrazioni (indicare eventuali cause di risoluzione):

Ente	Periodo		Qualifica	Tipo di rapporto (*)	Cause di risoluzione
	Dal	al			

**(\*) indicare se di ruolo, supplente, incaricato, straordinario e se a tempo pieno, tempo definito, impegno orario ridotto con indicazione dell'orario effettuato.**

- che relativamente a suindicati servizi  ricorrono  non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979 (in caso positivo precisare la misura della riduzione);
- di prestare consenso al trattamento dei dati personali (196/03);

*Chiede che ogni necessaria comunicazione venga inviata al seguente indirizzo PEC:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In caso di invio della domanda tramite pec il candidato dovrà inoltre dichiarare:

1) Di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_ dalla quale verrà trasmessa la presente domanda di concorso debitamente sottoscritta

2) Che le fotocopie dei seguenti documenti (elenco dei documenti prodotti in copia) sono conformi agli originali in mio possesso

*oppure*

Che le fotocopie dei seguenti documenti (elenco dei documenti prodotti in copia) sono conformi agli originali depositati presso\_\_\_\_\_

Allega elenco di tutti i documenti e titoli presentati.

L'istanza vale come autocertificazione in via definitiva per quanto attinente alle dichiarazioni contenute, in luogo delle relative certificazioni ai sensi e per gli effetti delle nuove disposizioni di cui all'art.15 della Legge n.183 del 21/11/2011, fatto salvo il potere di controllo e verifica sulla veridicità delle dichiarazioni stesse da parte dell'Amministrazione precedente.

Allega, inoltre, fotocopia del documento di identità personale in corso di validità.

---

*(data)*

---

*(firma)*