**ALLEGATO A –** *DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER N. 4 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DISCIPLINA MEDICINA D’EMERGENZA-URGENZA*

**Al Direttore Generale AST Fermo**

**Via Zeppili n. 18 - 63023 Fermo**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. **4 posti di Dirigente Medico disciplina Medicina D’Emergenza-Urgenza.**

A tale fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 76 comma 1 –DPR 445/2000) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_ ) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2. di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a cui verranno inviate tutte le comunicazioni relative alla presente procedura;

3. di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_ ) CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_ recapiti telefonici: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

4. di possedere *(barrare con una X la casella corrispondente all’ipotesi che ricorre ed inserire i dati richiesti)*:

□ la cittadinanza italiana;

□ la cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (per i candidati appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea);

□ la cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (per i soli cittadini dei Paesi terzi) e titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

□ la cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(per i soli cittadini di Paesi terzi) e di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente in quanto familiare di cittadino comunitario;

□ lo status di rifugiato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare provvedimento) / lo status di protezione sussidiaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare provvedimento).

5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

***ovvero***

di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare i motivi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

***ovvero***

di essere cancellato/a dalle liste elettorali (indicare i motivi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

6. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

7. di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti a carico;

***ovvero***

di aver riportato le seguenti condanne penali\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

***ovvero***

di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali pendenti a carico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

8. di non essere stato interdetto dai pubblici uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

9. di essere in possesso dei seguenti titoli *(barrare con una X la casella corrispondente alle ipotesi che ricorrono ed inserire i dati richiesti)*:

□ Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con la seguente votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ Abilitazione all’esercizio della professione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno/sessione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ Diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

anno accademico (data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la seguente votazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; ai sensi del D.Lgs. 257/91 □ o D.Lgs. 368/99 □ *(barrare l’ipotesi che ricorre)* - durata legale anni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - ;

***ovvero***

□ di essere iscritto al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno del corso di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (durata legale anni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - data presunta di conseguimento della specializzazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) e, conseguentemente, si impegna a comunicare, mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione, il conseguimento della specializzazione richiesta dal bando, specificando la data e il luogo al seguente indirizzo di P.E.C.: [*ast.fermo@emarche.it*](mailto:ast.fermo@emarche.it)

□ (altre specializzazioni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di essere iscritto/a all’Albo/Ordine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della Provincia/Regione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di aver prestato tre anni di servizio nel periodo intercorrente tra il 1° gennaio 2013 ed il 30 giugno 2023 presso il servizio di emergenza-urgenza dell’Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con contratto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare se tempo determinato, collaborazione coordinata e continuativa, convenzione o altra forma di lavoro flessibile), come di seguito specificato;

ovvero

□ aver svolto un il seguente numero di ore di attività …………………… equivalente ad almeno tre anni di servizio del personale medico del Servizio sanitario nazionale a tempo pieno, anche non continuative, presso il servizio di emergenza-urgenza dell’Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

10. di richiedere ai sensi della L. 104/1992, in quanto portatore di handicap, il seguente ausilio necessario per l’espletamento delle prove \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e/o la necessità di tempi aggiuntivi;

11. *(barrare con una X la casella corrispondente all’ipotesi che ricorre e inserire i dati richiesti)*

□ di non aver mai prestato servizi presso Pubbliche Amministrazioni;

□ di aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche Amministrazioni:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENTE (denominazione e sede)** | **DATA DI ASSUNZIONE**  **(gg/mm/aa)** | **DATA DI CESSAZIONE**  **(gg/mm/aa, causa di risoluzione)** | **TIPO DI RAPPORTO:**  **Dipendente a tempo determinato/indeterminato;** | **QUALIFICA E DISCIPLINA** | **IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE (indicare n. ore settimanali)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

12. di non essere mai stato dispensato/a o destituito/a dall’impiego presso Pubbliche Amministrazioni ovvero di non essere stato/a licenziato/a;

***ovvero***

di essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall’impiego presso Pubbliche Amministrazioni ovvero di essere stato/a licenziato/a (indicare i motivi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. di non essersi dimesso dal rapporto di dipendenza a tempo indeterminato dall’Azienda……….

14. di avere diritto, in caso di parità di punteggio, a precedenza o preferenza in quanto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

15. di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali di cui l’Amministrazione sia venuta in possesso in relazione alle procedure selettive ai sensi del nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 679/2016) e del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, allega alla presente domanda:

- curriculum formativo/professionale;

- elenco dei documenti e titoli presentati;

- fotocopia documento di identità in corso di validità;

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara che i documenti allegati alla presente istanza, dettagliatamente descritti nell’allegato elenco, sono conformi agli originali in proprio possesso ai sensi dell’art. 19 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Il/La candidato/a dichiara di avere preso visione dei contenuti del bando e di tutte le clausole in esso contenute.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso o FIRMA DIGITALE certificata

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA’