FAC SIMILE DI DOMANDA

Al Direttore Generale

IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo

Salita Villa Contino

98124 Messiina

Il/la sottoscritt\_ chiede di essere ammesso/a partecipare all’avviso pubblico per Dirigente Medico specializzato in Malattie Infettive presso l’IRCCS.

Sotto la personale responsabilità, e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000, ai sensi dell’art. 46 D.P.R. n. 445/2000 dichiara:

1. di essere nat\_ a (prov. ) il e di risiedere in (prov. di

) c.a.p. Via , n. ;

1. di essere in possesso della cittadinanza (a);
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di (b). I cittadini di uno degli stati membri dell’Unione Europea, devono dichiarare il godimento dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza;
3. di non aver mai riportato condanne penali, ovvero, di aver riportato le seguenti condanne penali \_
4. di non essere a conoscenza della pendenza di procedimenti penali a proprio carico, ovvero, di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali );
5. di essere in possesso della laurea in conseguita in data

presso la facoltà di

con sede a

e della specializzazione in

conseguita in data \_ presso la facoltà di con sede a

1. di essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici \_

dal ;

1. di aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche Amministrazioni modulo allegato);

(utilizzare il

1. di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso pubbliche amministrazioni, ovvero di non essere stato licenziato per aver conseguito l’impiego mediante la produzione di documenti falsi o con mezzi fraudolenti;
2. di essere fisicamente idoneo all’impiego;
3. di trovarsi, nei riguardi degli obblighi militari, nella seguente posizione: ;
4. di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
5. di essere in possesso del seguente titolo di preferenza (indicare quali);

Dichiara di voler ricevere ogni comunicazione relativa al presente avviso al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicarne le eventuali variazioni:

cognome e nome:

Via n. \_ - c.a.p. \_ città (prov. ) (recapito telefonico: \_)

Mail/PEC

Data

(firma)

FAC-SIMILE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000

il/la sottoscritt\_ \_ nat\_ a il /\_ /

con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso pubblico per Dirigente Medico specializzato in Malattie Infettive presso l’IRCCS, consapevole di quanto stabilito dagli artt. 76 e 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in merito alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la personale responsabilità

DICHIARA

* + di essere in possesso del Diploma di Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conseguito presso in data

/ /\_

* + di essere in possesso del diploma di specializzazione in conseguita in data /\_ /\_

presso

* + di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ove prevista) conseguita in data \_/ / presso
  + di essere iscritto all’ordine dei medici della provincia di al numero

e con decorrenza dal / /\_

* + di essere in possesso del titolo di preferenza di

Data

N.B. Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento.

(firma)

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ

ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000

il/la sottoscritt\_ \_ nat\_ a il /\_ /

con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso pubblico per Dirigente Medico specializzato in Malattie Infettive presso l’IRCCS, consapevole di quanto stabilito dagli artt. 76 e 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in merito alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la personale responsabilità

D I C H I A R A

* di aver prestato (o di prestare) i seguenti servizi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominazione Ente località sede  legale natura giuridica | Periodo servizio | | Profilo Professionale ricoperto | Natura giuridica del rapporto di lavoro ed eventuali interruzioni |
| dal | al |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Dichiara altresì che non ricorrono le condizioni di cui all’ultimo comma dell’art. 46 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761 (nel caso contrario precisare la misura della riduzione di punteggio).

* di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni (elencare analiticamente ogni singola pubblicazione, redigendo apposito elenco):
* di aver partecipato ai seguenti congressi, convegni, corsi di aggiornamento, ecc… (elencare analiticamente ogni partecipazione, redigendo apposito elenco):
  + Altri titoli:

Data

(firma)

N.B. allegare alla presente copia fotostatica di un documento di riconoscimento