



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO
Tel.0922 442111 * Fax 0922 442964
P.Iva e C.F. 02570930848

Commissario Straordinario ASP Agrigento
Viale della Vittoria, 321
92100 Agrigento
protocollo@pec.aspag.it

Oggetto: AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO DI N°1 INCARICO DIRIGENTE MEDICO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, PER ANNI DUE, AI ENSI DELL'ART. 15 SEPTIES, DEL D. LGS. 502/92 E S.M.I.

_____ (cognome e nome) _____ (Profilo)

_____ (Disciplina solo dirigenti medici)

Il/La Sottoscritto/a Cognome: _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ Residente a _____ Prov. _____

Via _____ CAP _____

Recapito telefonico _____ mail/pec: _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso in oggetto

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci nonché per il caso di formazione e/o uso di atti falsi previsti dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

1) di essere in possesso della cittadinanza italiana (*in alternativa indicare i requisiti sostitutivi di cui all'art. 11 del D.P.R. 761/79 e dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 487/94*);

2) di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____

ovvero

di non essere iscritto per le seguenti motivazioni:

3) di non aver riportato condanne penali;

ovvero

di aver riportato le seguenti condanne penali: _____

4) la seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: _____



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO
Tel. 0922 442111 * Fax 0922 442964
P.Iva e C.F. 02570930848

5) di non avere carichi pendenti

ovvero

di avere i seguenti carichi pendenti:

6) Di non essere stato destituito, dispensato o licenziato da precedente impiego presso pubbliche amministrazioni e di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego;

Ovvero

Di essere stato destituito, dispensato o licenziato da precedente impiego presso pubbliche amministrazioni o di essere stato dichiarato decaduto da altro impiego;

7) Di non essere collocato in quiescenza;

8) Di essere in possesso di idoneità piena e incondizionata allo svolgimento delle mansioni proprie della qualifica di appartenenza:

Ai fini di cui all'avviso in oggetto, dichiara altresì:

a) Che ogni comunicazione connessa alla procedura in oggetto potrà essere fatta al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ o al seguente indirizzo, _____ impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni dei suddetti indirizzi e consapevole che in caso di erronea o mancata comunicazione di variazione, l'ASP di Agrigento non assumerà alcuna responsabilità;

b) Che il proprio recapito telefonico è: _____;

c) Il possesso dei seguenti requisiti specifici previsti dall'avviso:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Allega alla presente domanda copia del documento di identità in corso di validità

Data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a, in merito ai dati personali riportati nella seguente domanda, esprime il consenso al loro trattamento anche informatico per le finalità di cui alla selezione in oggetto, con le modalità di cui alla legge 196/2003 e successive integrazioni e modifiche.

Data _____

Firma _____