



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 CHIRURGIA, 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: \_\_\_\_\_
- 5)  di non avere carichi pendenti



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

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 \_\_\_\_\_