

**AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA  
Via Ravona n. 20  
22020 - SAN FERMO DELLA BATTAGLIA (CO) -**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_  
**nato/a a** \_\_\_\_\_ **(prov. di** \_\_\_\_\_ **)**  
**il** \_\_\_\_\_ **e residente in** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **(prov. di** \_\_\_\_\_ **) C.A.P.** \_\_\_\_\_  
**Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di poter partecipare all'avviso pubblico di selezione per il conferimento di incarico di durata quinquennale  
in n. \_\_\_\_ post \_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

- 1.** ☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana  
☐ di essere in possesso della cittadinanza del seguente Stato appartenente alla CE \_\_\_\_\_  
☐ di essere in possesso della cittadinanza dello Stato di \_\_\_\_\_  
☐ titolare del diritto / permesso di \_\_\_\_\_  
☐ titolare dello status di rifugiato  
☐ titolare dello status di protezione sussidiaria
- 2.** ☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
☐ di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo \_\_\_\_\_
- 3.** ☐ di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso  
☐ di avere subito le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_  
☐ di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_
- 4.** ☐ di essere in possesso dei seguenti diplomi di Laurea:  
  
in \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
  
in \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- 5.** ☐ di essere in possesso del diploma di Specializzazione in disciplina di \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
  
☐ di essere in possesso del diploma di Specializzazione in disciplina di \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
  
☐ di essere in possesso del diploma di Specializzazione in disciplina di \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

6. ☐ di essere iscritto/a all'ordine \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
7. ☐ di essere abilitato/a all'esercizio della professione
8. ☐ di aver prestato i servizi come specificati nel curriculum allegato alla presente domanda il quale costituisce parte integrante della stessa
9. ☐ di non essere stato/a destituito/a (licenziato/a) o dispensato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione
10. ☐ di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo ad avviso
11. ☐ di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione \_\_\_\_\_
12. ☐ che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.**

**Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente avviso pubblico di selezione.**

**Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D.Lgs 30.06.2003 n. 196. In particolare dichiara di essere a conoscenza che, prima della nomina del candidato prescelto, i curricula inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio verranno pubblicati sul sito internet aziendale.**

**Il/la sottoscritto/a chiede, infine, che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni, ed esonera l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità:**

**via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_**

**Città \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_)**

**PEC o CEC – PAC (intestata al sottoscritto) \_\_\_\_\_**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

|  |
|--|
| AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DEGLI ARTT. 38 E 39 D.P.R. 28.12.2000, N. 445 |
|--|

|  |
|--|
| Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate |
|--|

|  |
|--|
| Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____ |
|--|

|                              |
|------------------------------|
| rilasciato il _____ da _____ |
|------------------------------|