

ALLEGATO N.1 - DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale Frosinone
Via Armando Fabi snc
03100 Frosinone**

DATI PERSONALI

IL/la sottoscritto/a

Cognome e Nome _____
Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ (prov. _____)
Codice fiscale _____
Indirizzo di residenza Via _____ n. _____
Città _____
Provincia _____
CAP _____
Indirizzo e-mail _____
Indirizzo e-mail PEC _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di:

DIRETTORE DELLA UOC PROFESSIONI SOCIALI

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del DPR N. 445/2000 e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera:

DICHIARA:

(barrare le caselle che interessano)

CITTADINANZA

☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana

ovvero

☐ di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana: cittadino di Stato membro dell'Unione Europea

ISCRIZIONE LISTE ELETTORALI

☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____

ovvero

☐ di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:

CONDANNE PENALI

☐ di non aver mai riportato condanne penali e di non avere conoscenza di procedimenti penali pendenti a proprio carico

ovvero

☐ di avere riportato le seguenti condanne penali (da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto o perdono giudiziale):

ovvero

☐ di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale ai sensi del d.lgs 39/2013

TRATTAMENTO DI QUIESCENZA

☐ di non godere del trattamento di quiescenza

REQUISITI DI AMMISSIONE

di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:

☐ **Diploma di laurea in:** _____

Conseguito il: _____ presso l'Università di _____

☐ **Iscrizione all'albo dell'Ordine della Prov. di** _____ **al n.:** _____

SERVIZIO PRESTATO

di PRESTARE servizio con rapporto di lavoro subordinato presso la seguente Pubblica Amministrazione:

☐ **Azienda/Ente (denominazione esatta):** _____

☐ **con la qualifica di:** _____ **disciplina** _____

☐ **a tempo:** ☐ determinato ☐ indeterminato

di AVER PRESTATO servizio con rapporto di lavoro subordinato presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni:

☐ **Azienda/Ente (denominazione esatta):** _____

con la qualifica di: _____ **disciplina** _____

dal: _____ **al:** _____

(indicare le cause di cessazione):

DESTITUZIONI O DISPENSAMENTI

☐ di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego, ovvero licenziato presso Pubbliche Amministrazioni

OBBLIGHI MILITARI

☐ di essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione:

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

☐ di essere informato riguardo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003 e s.m.i. (REG EU n.2016/679) finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della presente procedura

☐ di consentire la pubblicazione sul sito dell'Istituto www.inmi.it amministrazione trasparente sezione bandi di concorso del proprio curriculum nella previsione di cui al novellato art.15 comma 7-bis D.lgs. 502/92 e s.m.i.

DOCUMENTAZIONE

Al fine della valutazione di merito il sottoscritto presenta un curriculum formativo e professionale datato e firmato redatto nella forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000.

Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco redatto in duplice copia, in carta semplice.

Si allega fotocopia di un documento di riconoscimento, in corso di validità *(senza tale fotocopia la dichiarazione non ha valore)*.

SOTTOSCRIZIONE

Luogo

Data

Firma

La domanda deve essere sottoscritta dal candidato pena nullità della stessa