

Modello domanda

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria di Frosinone

I sottoscritt _____ nato a _____ (____)

II _____, residente in _____ Via _____

Tel _____ mail/pec _____

Chiede di essere ammesso a partecipare all'Avviso interno riservato – per soli titoli – per il conferimento di un incarico a tempo determinato della durata di anni cinque per n. 1 Dirigente dell'Area Sanità in qualità di Responsabile del Servizio di Medicina Legale in Staff alla Direzione Generale.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità:

- Di essere in possesso della Cittadinanza Italiana o equipollente;
- Di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____;
- Di avere l'idoneità fisica all'impiego e alle mansioni della posizione bandita;
- Di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti in essere, se si indicare quali _____;
- Di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita il _____ presso _____, con votazione _____;
- Di essere iscritto al corrispondente albo professionale della Provincia di _____ al n. _____;
- Di essere dipendente a tempo pieno ed indeterminato presso l'ASL di Frosinone quale Dirigente Medico;
- Di avere la specializzazione nella disciplina di Medicina Legale;
- Anzianità di servizio superiore ad anni cinque;
- Di autorizzare il trattamento dei dati personali presenti nel *curriculum vitae* ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Allego alla presente:

1-Curriculum formativo professionale datato e firmato da cui deve necessariamente risultare il possesso dei requisiti richiesti;

2-Tutte le certificazioni relative ai titoli che gli istanti ritengano opportuno presentare ai fini della valutazione comparativa;

3-eventuale elenco sottoscritto degli articoli scientifici pubblicati;

4-copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma _____