ALLEGATO A)

AL DIRETTORE GENERALE
ASL FROSINONE

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ in data _____ residente in _____ via _____ n._____, CAP _____, telefono _____, cellulare _____ email _____, PEC _____;

CHIEDE

di essere ammess__ all'avviso pubblico - per titoli e colloquio di mobilità volontaria nazionale tra Aziende ed Enti del SSN, per la copertura di n. 2 posti di Dirigente Medico disciplina Cardiologia. A tal fine ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000, consapevole che in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti fatte salve le responsabilità penali del DPR n. 445/2000, dichiara quanto segue:

1. di essere nato/a a _____ il _____;
2. di essere in possesso della cittadinanza _____ (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana) _____;
3. di essere iscritt__ nelle liste elettorali del Comune di _____;
4. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso, ovvero si dichiarano le seguenti condanne penali ricevute e/o gli eventuali procedimenti penali in corso _____ _____;
5. di essere dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso_____, avente sede al seguente legale_____;
6. di essere inquadrato nel seguente profilo professionale: Dirigente Medico disciplina di Cardiologia;
7. di aver superato il periodo di prova;
8. di non aver superato il periodo di comporto;
9. di non essere stat__ destituit__ o dichiarat__ decadut__ dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
10. di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003;
11. di possedere tutti i requisiti previsti dal bando e di accettare tutte le condizioni previste dallo stesso;
12. di impegnarsi, in caso di vincita dell'avviso, a non chiedere trasferimento ad altra Azienda, per un periodo di anni due a decorrere dalla data di effettiva immissione in servizio presso questa Azienda;
13. le comunicazioni relative alla mobilità in oggetto dovranno essere inviate al seguente domicilio PEC _____.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma (per esteso)

_____