

**ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO UNIFICATO PER N. 2 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DI MEDICINA INTERNA**

**Al Direttore Generale dell'ASUR Marche  
c/o Direzione dell'Area Vasta n. 5  
Via degli Iris  
63100 – Ascoli Piceno**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico unificato degli Enti del SSR, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. **2 posti di Dirigente Medico di Medicina Interna.**

A tale fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 76 comma 1 –DPR 445/2000) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_ )  
il \_\_\_\_\_;

2. di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata  
\_\_\_\_\_, a cui verranno inviate tutte le comunicazioni relative alla presente procedura;

3. di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici: \_\_\_\_\_;

4. di possedere (*barrare con una X la casella corrispondente all'ipotesi che ricorre ed inserire i dati richiesti*):

la cittadinanza italiana;

la cittadinanza \_\_\_\_\_ (per i candidati appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea);

la cittadinanza \_\_\_\_\_ (per i soli cittadini dei Paesi terzi) e titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

la cittadinanza \_\_\_\_\_ (per i soli cittadini di Paesi terzi) e di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente in quanto familiare di cittadino comunitario;

lo status di rifugiato \_\_\_\_\_ (specificare provvedimento) / lo status di protezione sussidiaria \_\_\_\_\_ (specificare provvedimento).

5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ;

**ovvero**

di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare i motivi) \_\_\_\_\_ ;

**ovvero**

di essere cancellato/a dalle liste elettorali (indicare i motivi) \_\_\_\_\_ ;

6. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione \_\_\_\_\_ ;

7. di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti a carico;

**ovvero**

di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_ ;

**ovvero**

di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali pendenti a carico \_\_\_\_\_ ;

8. di non essere stato interdetto dai pubblici uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

9. di possedere l'idoneità alla mansione specifica del profilo professionale a concorso;

10. di essere in possesso dei seguenti titoli (*barrare con una X la casella corrispondente alle ipotesi che ricorrono ed inserire i dati richiesti*):

Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con la seguente votazione \_\_\_\_\_ ;

Abilitazione all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ anno/sessione \_\_\_\_\_ ;

Diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_  
Conseguita presso \_\_\_\_\_  
anno accademico (data) \_\_\_\_\_ con la seguente votazione \_\_\_\_\_ ;  
ai sensi del D.Lgs. 257/91  o D.Lgs. 368/99  (*barrare l'ipotesi che ricorre*) - durata legale  
anni \_\_\_\_\_ - ;

**ovvero**

di essere iscritto al \_\_\_\_\_ anno del corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
(durata legale anni \_\_\_\_\_ - data presunta di conseguimento della specializzazione \_\_\_\_\_) e, conseguentemente, si impegna a comunicare, mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione, il conseguimento della specializzazione richiesta dal bando, specificando la data e il luogo, al seguente indirizzo di P.E.C.: **asur@emarche.it**

(altre specializzazioni)

\_\_\_\_\_

di essere iscritto/a all'Albo/Ordine \_\_\_\_\_  
della Provincia/Regione \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_;

11. di richiedere ai sensi della L. 104/1992, in quanto portatore di handicap, il seguente ausilio necessario per l'espletamento delle prove \_\_\_\_\_ e/o la necessità di tempi aggiuntivi;

12. *(barrare con una X la casella corrispondente all'ipotesi che ricorre e inserire i dati richiesti)*

di non aver mai prestato servizi presso Pubbliche Amministrazioni;

di aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche Amministrazioni:

ENTE (denominazione e sede)	DATA DI ASSUNZIONE (gg/mm/aa)	DATA DI CESSAZIONE (gg/mm/aa, causa di risoluzione)	TIPO DI RAPPORTO: Dipendente a tempo determinato/indeter- minato;	QUALIFICA E DISCIPLINA	IMPEGNO ORARIO SETTIMANAL E (indicare n. ore settimanali)

13. di non essere mai stato dispensato/a o destituito/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni ovvero di non essere stato/a licenziato/a;

**ovvero**

di essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni  
ovvero di essere stato/a licenziato/a (indicare i motivi)

\_\_\_\_\_

14. di avere diritto, in caso di parità di punteggio, a precedenza o preferenza in quanto:

\_\_\_\_\_;

15. di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in relazione alle procedure selettive ai sensi del nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 679/2016) e del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 e s.m.i.

16. Il/La candidato/a indica, attraverso la compilazione della tabella sottostante, l'ordine delle preferenze riguardo agli ambiti di reclutamento indicati nella premessa del bando:

<b>Ambiti di reclutamento</b>
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, allega alla presente domanda:

- curriculum formativo/professionale;
- elenco dei documenti e titoli presentati;
- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara che i documenti allegati alla presente istanza, dettagliatamente descritti nell'allegato elenco, sono conformi agli originali in proprio possesso ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Il/La candidato/a dichiara di avere preso visione dei contenuti del bando e di tutte le clausole in esso contenute.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso o FIRMA DIGITALE certificata

\_\_\_\_\_

ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'