

Schema di domanda di partecipazione(*)

**AL COMISSARIO STRAORDINARIO
DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
DI FERRARA
Via A. CASSOLI 30
44121 FERRARA**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Recapiti Telefonici _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Indirizzo PEC _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza):

Via/Piazza _____ n. _____

Località _____ Prov. _____ CAP _____

Recapiti telefonici _____

Modalità con cui intendo ricevere ogni necessaria comunicazione inerente alla selezione:

Raccomandata A/R

Posta Elettronica Certificata (PEC)

Chiede di essere ammesso/a all'avviso per il conferimento di **INCARICO QUINQUENNALE DI STRUTTURA COMPLESSA DI:**

“U.O.C. Geriatria (AOU)” afferente al Dipartimento ad Attività Integrata di Medicina Interna – Area Geriatrica - disciplina “Geriatria” presso l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 dello stesso DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA:

(barrare le caselle che interessano)

di essere in possesso della cittadinanza italiana

ovvero:

di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana: cittadino _____ stato membro della Comunità Europea;

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

ovvero

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

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 avere i seguenti carichi penali pendenti _____ - presso il Tribunale di _____;

di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:

diploma di laurea in _____ conseguito il _____ presso l'Università di _____;

abilitazione all'esercizio della professione nell'anno: _____;

iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici della Prov. di _____ al n. _____;

diploma di specializzazione nella disciplina di _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ durata legale del corso anni _____;

anzianità di servizio di anni _____ maturata nella disciplina di _____;

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) _____;

con rapporto di lavoro a tempo (pieno/part-time) _____ n. ore sett.li _____;

dal _____;

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

Azienda/Ente (denominazione esatta) _____;

Con la qualifica di _____ disciplina _____;

a tempo (determinato/indeterminato) _____;

con rapporto di lavoro a tempo (pieno/part-time) _____ n. ore sett.li _____;

dal _____ al _____;

causa _____ risoluzione _____ rapporto _____ di lavoro _____;

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

di essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente

posizione: _____;

- di optare, nel caso di conferimento dell'incarico, per il rapporto di lavoro esclusivo e di essere consapevole che tale opzione è immodificabile per tutta la durata dell'incarico;
- di non optare, nel caso di conferimento dell'incarico, per il rapporto di lavoro esclusivo;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Artt. 19 e 47 DPR 445/2000)

Il sottoscritto/a preventivamente ammonito/a circa la responsabilità penale cui, ai sensi dell'art. 76 del DPR445/2000 può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci DICHIARA:

- che le dichiarazioni contenute nell'allegato curriculum formativo e professionale sono veritiere
- che tutte le fotocopie dei titoli allegati sono conformi all'originale.

A fine della valutazione di merito, il/la sottoscritto/a presenta un curriculum formativo e professionale redatto su carta semplice datato e firmato.

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

Data _____

FIRMA _____

Le domande e la documentazione allegata devono essere trasmesse **esclusivamente**:

- A mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, all'**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA Via Arturo Cassoli 30 - 44121 – FERRARA.**
- **Tramite utilizzo della casella di posta elettronica certificata personale**, entro la data di scadenza dell'avviso, all'indirizzo: concorsi@pec.ospfe.it

L'oggetto del messaggio, dovrà contenere la dicitura *“contiene domanda all'avviso pubblico di struttura complessa (indicare nome e cognome)”*. Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata PERSONALE. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC Aziendale.