



SCHEMA A esemplificativo di domanda

AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA
SANITARIA LOCALE ROMA 1
BORGO S. SPIRITO 3
00193 ROMA

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n°445/2000

Il sottoscritto (cognome) _____

(nome) _____, nato il _____

a _____, residente a _____

in Via _____, C.A.P. _____

telefono _____, cellulare _____,

email _____,

PEC _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso all'Avviso pubblico di mobilità regionale, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo pieno e indeterminato di n. 1 posto di Dirigente Medico, disciplina Medicina Fisica e Riabilitazione, indetto dall'Azienda Sanitaria Locale ROMA 1. A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti fatte salve le responsabilità penali di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n°445/2000, dichiara quanto segue:

- a) di essere in possesso della cittadinanza _____ - (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana): _____;
- b) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero di non essere iscritto (o cancellato) dalle liste elettorali per i seguenti motivi _____);
- c) di non avere mai riportato condanne penali (ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali _____), nonché gli eventuali processi penali in corso – (da indicare se sia stata concessa amnistia, indulto, condono e perdono giudiziale);
- d) di essere dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso la seguente A.O. – AA.SS.LL., IRCCS pubblico, o Ente Classificato del Servizio Sanitario Regionale _____ avente sede al seguente indirizzo legale _____;
- e) di essere in possesso della dichiarazione attestante l'assenso preventivo alla presente procedura di mobilità espresso dall'Azienda di provenienza;



- f) di essere inquadrato nel seguente profilo professionale: Dirigente Medico, disciplina _____;
- g) che il proprio rapporto di lavoro ha natura esclusiva (ovvero non esclusiva);
- h) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
-
-
-
- conseguiti in data;
- presso.....;
- i) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi al n. della
Provincia / Regione a decorrere dal
.....;
- j) di avere superato il periodo di prova;
- k) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- l) di non aver superato il periodo di comporta;
- m) di essere in possesso dei seguenti titoli comprovanti il diritto di precedenza e/o preferenza di legge
nella nomina previsti:
- n) che qualsiasi comunicazione inerente al presente avviso pubblico deve essere fatta pervenire al
seguente domicilio: Via
telefono Comune di domicilio C.A.P.
.....; indirizzo email:
- o) di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 Giugno
2003, n°196 e s.m.i. (Codice in materia di protezione dei dati personali), i dati personali acquisiti
saranno raccolti dall'ufficio competente per lo svolgimento della procedura e saranno trattati presso
una banca dati, sia automatizzata che cartacea, anche successivamente all'eventuale instaurazione del
rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo ai sensi dell'art. 112 del
citato codice;
- p) di possedere tutti i requisiti previsti dal bando e di accettare tutte le condizioni previste dallo stesso;
- q) Il sottoscritto dichiara inoltre il proprio impegno, qualora risultasse vincitore del presente avviso di
mobilità, a non chiedere trasferimento ad altra Azienda, per un periodo di due anni a decorrere dalla
data di effettiva immissione in servizio presso codesta ASL ROMA 1.

Le dichiarazioni di cui sopra, ai sensi dell'art. 48 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. hanno la stessa validità temporale degli atti che sostituiscono.

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

Roma, li

(Firma per esteso) _____

M

SCHEMA B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.)

...l... sottoscritt...

(cognome)

(nome)

nat... a _____ il _____

il

(luogo)

(data)

residente a

(indirizzo completo di CAP)

recapito tel. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R.445 del 2 dicembre 2000.

DICHARA

Dichiaro di essere informat... , ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30.06.2003 n.196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Dichiaro inoltre di essere informat... che delle dichiarazioni rese potrà essere effettuato un controllo d'ufficio a campione.

(luogo e data)

Il Dichiarante

(Artt. 19, 19 bis e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.)

...1... sottoscritt...

(cognome)

(nome)

nat... a il

il

(luogo)

(data)

residente a _____

(indirizzo completo di CAP)

recapito tel.

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 2 dicembre 2000,

DICHARA

Dichiaro di essere informat... , ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30.06.2003 n.196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Dichiaro inoltre di essere informat... che delle dichiarazioni rese potrà essere effettuato un controllo d'ufficio a campione.

(luogo e data)

Il Dichiarante