



SCHEMA A esemplificativo di domanda

AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA
SANITARIA LOCALE ROMA 1
BORGIO 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 Endocrinologia 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 privato, 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;



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 Endocrinologia 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 privato, 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;

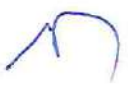


- f) di essere inquadrato nel seguente profilo professionale: Dirigente Medico, disciplina _____;
- g) che il proprio rapporto di lavoro ha natura esclusiva (ovvero non esclusiva);
- h) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
 -
 -
 -
 - conseguiti in data
 - presso.....;
- i) di essere 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, lì _____ (Firma per esteso) _____





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 _____
(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,

DICHIARA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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



SCHEMA C
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(Artt. 19, 19 bis e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.)

...I... sottoscritt... _____

(cognome)

(nome)

nat... a _____ 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,

DICHIARA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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