

SCHEMA DI DOMANDA

Alle Scuole Centrali Antincendi
Ufficio Ragioneria
Piazza Scilla, 2
00178 - ROMA

OGGETTO: Domanda di partecipazione alla procedura comparativa finalizzata alla stipula di un contratto a tempo determinato per il conferimento dell'incarico/incarichi di "Medico del Servizio Sanitario" presso.....

Il sottoscritto (nome) _____ (cognome) _____

ai fini della partecipazione alla procedura indicata in oggetto, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, T.U. delle disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa, consapevole che le dichiarazioni rese e sottoscritte nella domanda di partecipazione hanno valore di autocertificazione (art. 46) e di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 47), e che, nel caso di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, si applicano le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76),

DICHIARA

Comune di nascita _____ prov. _____ data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni (da compilare solo se diverso dalla residenza)

Recapito P.E.C. _____ (eventuale)

Recapiti telefonici _____

- a) di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- b) di godere dei diritti civili e politici;
- c) di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- d) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- e) l'inesistenza a proprio carico di provvedimenti disciplinari pregressi o in corso che risultino dal certificato di iscrizione all'ordine dei medici-chirurghi;

- f) di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia in data _____ presso l'Università di _____ e l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo in data _____ presso l'Università di _____;
- g) di essere iscritto all'albo dell'Ordine professionale dei Medici della provincia di _____;
- h) di aver conseguito, ai fini del completamento del proprio curriculum personale, i seguenti ulteriori titoli di studio (specializzazioni, abilitazioni, dottorati, ecc.) conseguiti in data _____ presso _____;
- i) di aver maturato le seguenti esperienze professionali compatibili con il diploma di laurea in medicina e chirurgia (fornire stati di servizio e informazioni dettagliate).

Allega alla presente la fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle cause che determinano l'esclusione dalla selezione.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che l'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Il sottoscritto si impegna a notificare tempestivamente le eventuali variazioni dei recapiti sopra indicati che dovessero intervenire successivamente alla data di presentazione della presente domanda.

Il sottoscritto autorizza le Scuole Centrali Antincendi – Roma Capannelle ad utilizzare i dati contenuti nella presente domanda ai fini della gestione della procedura selettiva, ai sensi delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'avviso di selezione di cui trattasi.

data _____

Firma _____