

OGGETTO: Domanda di ammissione alla procedura comparativa per il conferimento di un incarico libero professionale di medico competente

Il/La sottoscritt__

chiede

di essere ammesso/a alla procedura di valutazione comparativa finalizzata alla selezione, per titoli ed eventuale colloquio, di un professionista incaricato dello svolgimento dell'attività di medico competente.

A tal fine, nella piena consapevolezza di quanto disposto sia dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n.445 in merito alla responsabilità penale conseguente a falsità in atti ed a dichiarazioni mendaci, che dall'art.75 del medesimo decreto, il quale prevede la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

dichiara

a norma degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 come novellato:

1. di essere nat__ a _____ il _____ ;
2. di risiedere a _____ , in via/piazza _____ n. ____ ;
3. di essere in possesso della cittadinanza _____ ;
4. di essere iscritt__ nelle liste elettorali del Comune di _____ ;
5. di non essere iscritt__ per il seguente motivo _____ ;
6. di non aver riportato condanne penali / di avere riportato le seguenti condanne penali:
_____ ;
7. di non avere procedimenti penali in corso/ di avere i seguenti procedimenti penali in corso:
_____ ;
8. di essere in possesso del seguente titolo di studio:

conseguito il _____ presso _____ ;
9. di essere iscritto nell'elenco nazionale dei medici competenti della Regione _____ ;
10. di avere prestato o di prestare attività/servizio presso le sotto indicate aziende (*specificare Aziende, tipologia, mansioni e periodi*):

Azienda _____

Indirizzo _____

dal _____ al _____ profilo _____

Azienda _____

Indirizzo _____

dal _____ al _____ profilo _____

Azienda _____

Indirizzo _____

dal _____ al _____ profilo _____

11. che quanto indicato nell'allegato curriculum formativo e professionale corrisponde a verità;

12. che i documenti e titoli presentati e allegati sono pari a n. _____ ;

Informa, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire successivamente, che l'indirizzo a cui far pervenire ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

Sig. _____

via/piazza _____ n. _____

CAP _____ comune _____ provincia _____

telefono (anche cellulare) n. _____

indirizzo PEO _____

indirizzo PEC _____

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione di quanto riportato al link <https://arcs.sanita.fvg.it/it/arcs/policy-arcs-materia-protezione-dati-personali/diritti-in-materia-di-protezione-dei-dati/> materia di trattamento dei dati personali effettuati nell'ambito della gestione del rapporto in oggetto da rendersi ai sensi degli articoli 13 e 14 del RGPD - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati
- che tutti i documenti allegati sono conformi agli originali, ai sensi degli artt.19,19-bis e 47 del DPR 28.12.2000, n.445.

Allega:

- fotocopia leggibile in tutte le sue parti di valido documento di riconoscimento
- curriculum vitae, datato e firmato reso ai sensi degli artt.46 e 47 DPR n.445/2000
- i titoli ritenuti utili per la valutazione.

Data _____

Firma _____