

## **FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE A PUBBLICA SELEZIONE**

All'Amministrazione di  
AltaVita-Istituzioni Riunite di Assistenza-I.R.A.  
Piazza Mazzini 14  
35137 P A D O V A

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_ (riportare cognome e nome completi), nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
prov. di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammesso alla selezione pubblica per la stipula di contratti a tempo determinato di "Medico" con conferimento di Posizione Organizzativa per Alta Professionalità (cat. D CCNL Funzioni locali), indetto da codesta Amministrazione con determina n. 370 del 09.12.2020. Allo scopo, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 T.U. 445/2000, nel caso di dichiarazione mendace, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità

### DICHIARA

- a) di chiamarsi \_\_\_\_\_ (cognome e nome completi);
- b) di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov di \_\_\_\_\_;
- c) di avere il seguente codice fiscale: \_\_\_\_\_
- d) di risiedere a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ nr. tel \_\_\_\_\_;
- e) di essere cittadino italiano;  
ovvero:
  - di essere cittadino dello Stato \_\_\_\_\_ appartenente all'Unione Europea e di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o provenienza e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
  - ovvero:
    - di essere cittadino dello Stato \_\_\_\_\_ non appartenente all'Unione Europea, in possesso di uno dei seguenti requisiti:
      - di essere familiare, come da stato di famiglia, di un cittadino di Stato dell'Unione Europea ed essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
      - essere titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
      - essere titolare dello status di rifugiato;
      - essere titolare dello status di protezione sussidiaria;
- e, inoltre, di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- f) di essere in possesso di laurea in Medicina e chirurgia conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- g) di essere in possesso di abilitazione all'esercizio della professione medica;
- h) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei medici di \_\_\_\_\_ nr. iscrizione \_\_\_\_\_;
- i) di essere idoneo dal punto di vista psico-fisico all'espletamento delle mansioni del posto da ricoprire, fatto salvo l'accertamento del Medico competente a sensi del D. L.vo 81/2008 e successive modifiche;
- j) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (ovvero specificare i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle stesse; per i cittadini non italiani indicare il Comune o la sede dello Stato di appartenenza in cui esercitano il diritto di voto);
- k) di non aver subito condanne penali (ovvero specificare le condanne subite precisando inoltre se fossero intervenuti amnistia indulto condono o perdono giudiziale);
- l) di non avere procedimenti penali in corso (ovvero specificare i procedimenti penali in corso);
- m) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione e di non essere stato dichiarato decaduto per aver conseguito l'impiego mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
- n) di non essere stato licenziato da precedenti rapporti di lavoro presso pubbliche amministrazioni per giusta causa o giustificato motivo soggettivo;
- o) di essere nella posizione di \_\_\_\_\_ per quanto riguarda gli obblighi militari (per i soli candidati di sesso maschile

obbligati);

- p) di aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche Amministrazioni (in mancanza di dichiarazione si intende l'assenza di servizi presso la P.A.):  
dal\_\_\_al\_\_\_ Ente\_\_\_in qualità di\_\_\_tipo rapporto (tempo determinato/indeterminato, pieno/parziale n. ore\_\_\_)  
CCNL\_\_\_\_\_categoria\_\_\_ cessando per\_\_\_;
- q) di avere il seguente titolo di preferenza o precedenza (ad esclusione di quello dell'età), a'sensi dell'art. 5 del D.P.R. 487/94\_\_\_\_\_(se ricorre il caso);
- r) di essere portatore di handicap a'sensi della L. 104/92; di avere necessità, per sostenere gli esami dei seguenti ausili e tempi aggiuntivi a'sensi dell'art. 20 della legge richiamata\_\_\_\_\_(se ricorre il caso);
- s) l'indirizzo presso il quale dovranno essere inviate eventuali comunicazioni relative alla selezione è il seguente\_\_\_\_\_(in mancanza eventuali comunicazioni saranno inviate all'indirizzo di residenza);
- t) di esprimere il consenso al trattamento dei propri dati per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

#### ALLEGA INOLTRE

- fotocopia non autenticata di valido documento di identità;
- ricevuta del versamento di € 10,00 a titolo di contributo per selezione.

data\_\_\_\_\_

firma\_\_\_\_\_