All’Amministrazione

dell’Azienda Servizi alla Persona

Basso Lodigiano

Viale Gandolfi, 27

26845 CODOGNO

Il/La sottoscritto chiede di poter partecipare all’avviso pubblico per titoli e colloquio per la costituzione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato **di n. 1 posti di Dirigente Medico Specialista** bandito da codesta Azienda.

**A tal fine, *consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000*,**

dichiara di:

1. essere nato a il e di risiedere a in ;
2. essere cittadino Italiano;
3. essere iscritto nelle liste elettorali del Comune ;
4. non aver riportato condanne penali;
5. essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione esente;
6. essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e chirurgia;
7. essere in possesso della specialità in ;

- essere iscritto all’Ordine dei Medici-Chirurghi della Provincia di ;

1. avere/non prestato servizio presso pubbliche Amministrazioni (in caso di cessazione del rapporto di lavoro indicare la causa). Libera professione

Chiede infine che ogni comunicazione inerente la presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:

Via CAP CITTÀ’ telefono e-mail P.E.C. .

Data FIRMA ................................................................

**N.B.** Alla domanda il candidato dovrà allegare:

* tutte le certificazioni relative ai titoli che ritiene opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito, ivi compreso il curriculum formativo e professionale redatto in carta semplice datato e firmato.
* un elenco, in triplice copia ed in carta semplice, dei documenti, delle pubblicazioni e dei titoli presentati.
* Fotocopia documento di identità

#### MODULO 1

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETA’

**(artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto nata a il residente a in via **consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall’art.76 del D.P.R. n. 445/2000,**

**DICHIARA**

* di essere in possesso del/i seguente/i **titolo/i di studio**:

* di essere iscritto all’**Ordine dei Medici-Chirurghi** di:
* di essere in possesso della specialità in : ;
* che le **copie** dei seguenti documenti uniti alla presente dichiarazione sono conformi agli originali:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **di avere prestato i seguenti servizi**:

Vedi curriculum allegato

(indicare analiticamente l’ente, la qualifica, l’impegnativa oraria ed i periodi nei quali si è prestato il relativo servizio).

* **altro**:  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all’esatta individuazione delle situazioni certificate).

luogo, data

firma per esteso del dichiarante..........................................

.