



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER CONFERIMENTI
DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO AI FINI DEL
RECLUTAMENTO STRAORDINARIO DI DUE UNITA' DI
PERSONALE MEDICO LAUREATO ABILITATO E ISCRITTO
ALL'ORDINE, PER ESIGENZE
ASSISTENZIALI CONSEGUENTI ALLA RIORGANIZZAZIONE
DELL'OSPEDALE MG VANNINI**



AL DIRETTORE GENERALE

dell'Ospedale MG Vannini, via di Acqua Bullicante , 4 00177 Roma

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome e nome)

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere nato/a a _____ Prov _____

il _____ Codice Fiscale _____ e di essere residente

nel Comune di _____ Prov _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Tel _____ email _____

PEC: _____;

di eleggere il seguente domicilio per ogni necessaria comunicazione, (in caso di mancata indicazione vale la residenza di cui al punto precedente):

Comune di _____ Prov _____

Via _____ n _____ CAP _____;

di essere cittadino/a _____ ovvero

_____;

di essere titolare dei diritti civili e politici;

di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ Prov _____;

ovvero:

di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare i motivi della mancata iscrizione o

cancellazione dalle liste elettorali) _____

_____;

di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso; ovvero:

di aver riportato le seguenti condanne penali, o di avere i seguenti procedimenti penali

pendenti _____

_____;



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER CONFERIMENTI
DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO AI FINI DEL
RECLUTAMENTO STRAORDINARIO DI DUE UNITA' DI
PERSONALE MEDICO LAUREATO ABILITATO E ISCRITTO
ALL'ORDINE, PER ESIGENZE
ASSISTENZIALI CONSEGUENTI ALLA RIORGANIZZAZIONE
DELL'OSPEDALE MG VANNINI**



di essere in possesso del Diploma di Laurea in _____,
conseguito presso l'Università di _____
in data _____;

di essere in possesso del Diploma di specializzazione nella seguente disciplina:

medicina interna

geriatria

pneumologia

infettivologia

conseguito presso l'Università di _____
in data _____;

altro (specificare) _____

di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine _____ della
Provincia di _____ al n. _____ dal _____;

di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE n.679 del 2016 e
s.m.i. secondo la recente e vigente normativa regolamentare;

di non essere stato dispensato o destituito dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni o interdetto da
Pubblici Uffici, in base a sentenza passata in giudicato;

Il/La sottoscritto/a dichiara di non trovarsi in situazione di incompatibilità, inconferibilità e conflitto di interessi
anche potenziale, secondo la normativa vigente, in funzione del conferimento dell'incarico professionale di
che trattasi.

Altro _____

SI ALLEGA:

copia non autenticata di un documento di identità personale, leggibile in tutte le sue parti, in corso di
validità;

Curriculum Vitae.

Data, _____

Firma per esteso e leggibile del dichiarante
