Al Direttore Generale ASL 6 Medio Campidano

[direzione.generale@aslmediocampidano.it](mailto:direzione.generale@aslmediocampidano.it)

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_\_), Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_\_\_ PEC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere ammesso a partecipare all’interpello per il profilo di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall’art. 76 del citato d.p.r., dichiara:

1. Di essere cittadin\_ italian\_, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadin\_ di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
2. Di godere dei diritti civili e politici: non possono accedere agli impieghi coloro che sono stati esclusi dall’elettorato politico attivo;
3. Di non aver riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali riportate)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. Di non essere cessat\_ dall’impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
5. Di essere dipendente a tempo indeterminato di questa Amministrazione nel profilo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso la SC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (matr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_);
6. Di essere in possesso di Laurea in \_\_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
7. Di avere conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
8. Di essere iscritt\_ all’Ordine dei Medici \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
9. Di essere iscritt\_ all’elenco dei Medici Autorizzati in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con il n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
10. Di autorizzare il trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità di cui all’oggetto nel rispetto della normativa in materia, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 e GDPR UE 679/2016.

Si allegano:

1. *Curriculum formativo e professionale datato e firmato;*

*2. copia di un documento di identità in corso di validità;*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_