ALLEGATO "A"

Al Ministero della Salute
Direzione generale del personale,
dell'organizzazione e del
bilancio - Ufficio 3
Viale Giorgio Ribotta n.5
00144 ROMA

__l__sottoscritt_____,
codice fiscale _____, chiede di essere ammess__ alla procedura di mobilità per la copertura di un posto, a tempo pieno e indeterminato, di dirigente sanitario medico presso l'USMAF-SASN Veneto, Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige del Ministero della salute.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara che:

1) è nat__ a _____(provincia di _____) il___/___/_____;
2) Codice fiscale_____
3) risiede a _____(provincia di _____);
4) desidera ricevere ogni comunicazione relativa al concorso al seguente indirizzo: via/piazza _____ n._____ c.a.p. _____ città _____, telefono _____ e si impegna a comunicare tempestivamente a mezzo raccomandata eventuali variazioni di tale indirizzo;
5) è in possesso del seguente titolo di studio_____ conseguito in data _____ presso _____*;*
6) di essere stato reclutato nella pubblica amministrazione mediante procedura:_____
7) di essere inquadrato presso l'amministrazione di appartenenza come di seguito:
profilo professionale _____ posizione giuridica_____
posizione economica_____
(è fisicamente idone__ al servizio continuativo ed incondizionato all'impiego al quale il concorso si riferisce;
8) di non avere procedimenti penali pendenti e di non aver riportato sentenze penali di condanna o di applicazione della pena su richiesta, e di non essere stato/a destinatario/a di provvedimenti dell'Autorità giudiziaria penale che abbiano dichiarato l'intervenuta prescrizione del reato ovvero il proscioglimento sulla base di formule diverse dall'assoluzione del reato
9) di non avere in corso procedimenti disciplinari pendenti e di non aver subito sanzioni disciplinari nei due anni precedenti la scadenza del bando;
10) presta servizio presso_____dal_____
11) presceglie la seguente lingua straniera: _____ e dichiara di avere conoscenza delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse;
12) di aver preso visione integrale del decreto con cui è stata indetta la procedura di immissione nel ruolo del Ministero della Salute e di accettare, senza riserve, tutte le condizioni ivi previste.

Le dichiarazioni contenute nella presente domanda hanno valore di autocertificazione e come tali sono rese ai sensi e per gli effetti degli artt. 46,47, e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

_____ , lì _____

Firma _____
(non occorre autenticare la firma)

Allega i seguenti documenti: (la mancata presentazione è motivo di esclusione dalla procedura)

1. fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità;
2. curriculum professionale e personale;
3. nulla osta alla mobilità dell'Amministrazione di appartenenza;
4. dichiarazione dell'Amministrazione di appartenenza in merito al regime di limitazione delle assunzioni.