

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 ammesso alla procedura
di mobilità per la copertura di un posto a tempo pieno e indeterminato, di dirigente sanitario medico
presso l' USMAF -SASN Toscana – Emilia Romagna, Unità territoriale di Ravenna.

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 o PEC eventuali variazioni di tale indirizzo;
- 5) è _____ in _____ possesso _____ del _____ seguente _____ titolo _____ di studio _____ conseguito in data _____ presso _____;
- 6) è stato reclutato nella pubblica amministrazione mediante la seguente procedura: _____;
- 7) è inquadrato presso l'amministrazione di appartenenza _____ con la qualifica _____ a decorrere dal _____;
- 8) è fisicamente idoneo al servizio continuativo ed incondizionato all'impiego al quale l'avviso si riferisce;
- 9) non ha procedimenti penali pendenti e non ha riportato sentenze penali di condanna o di applicazione della pena su richiesta, non è 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;
- 10) non ha in corso procedimenti disciplinari pendenti e non ha subito sanzioni disciplinari nei due anni precedenti la scadenza del bando;
- 11) preceglie la seguente lingua straniera: _____ e dichiara di avere conoscenza delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse;
- 12) ha 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

_____, li _____

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.