



IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

chiede di poter partecipare all'avviso pubblico per manifestazione di interesse indetta con Deliberazione n. 97 del 19/03/2020 per la qualifica di:

E si dichiara disponibile a prestare attività clinico assistenziale nelle Aziende, Istituti ed Enti sanitari della Regione Liguria per **EMERGENZA COVID-19 (D.L. 14 del 9.3.2020)**, nella seguente Area Ottimale, consapevole che la scelta ha carattere meramente preferenziale e non vincolante:

(indicare con una X nella colonna a sinistra)

		<i>Aziende/Enti/Istituti</i>
	Area Ottimale 1	A.S.L. 1 - A.S.L. 2
	Area Ottimale 2	A.S.L. 3 – Ospedale Policlinico San Martino – Ist. Giannina Gaslini – E.O. Ospedali Galliera – Ospedale Evangelico Internazionale
	Area Ottimale 3	A.S.L. 4 - A.S.L. 5

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, e, ai sensi dell'art. 75 succitato DPR, della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati in base a dichiarazioni rivelatesi non veritiere,

DICHIARA

Nato/a _____ Il _____

Codice Fiscale _____;

Residente in _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

ed ivi domiciliato

Domicilio (se diverso dalla residenza) in _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

➤ Di essere in possesso della cittadinanza _____;

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

➤ Di non aver riportato condanne penali e non avere carichi pendenti;



-
- Di aver riportato le seguenti condanne e/o di avere i seguenti carichi pendenti _____
_____;
 - Di non essere stato dispensato dall'impiego presso Pubblica Amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
 - Di non aver riportato condanne interdittive o altre sanzioni che comportino il divieto di contrarre con la P.A. ;
 - Di essere in possesso del **Diploma di Laurea in** _____
conseguito presso: _____ in data _____;
 - Di essere in possesso dell'**Abilitazione alla Professione**;
 - Di essere iscritto all'**Ordine /Albo/Collegio di** _____
n. iscrizione _____ dal _____;
 - Di essere in possesso del **Diploma di Specializzazione in** _____
conseguito presso _____ in data _____;
 - Di essere iscritto al _____ anno del **Corso di Specializzazione in** _____
presso _____;
 - Di essere in possesso dei seguenti **ulteriori titoli di studio/specializzazione**:

_____;
 - Di prestare attualmente la seguente attività lavorativa (indicare profilo professionale e tipologia d'impiego):

_____;
 - Di essere stato collocato in quiescenza dal _____ e di aver prestato servizio presso _____



(indicare profilo professionale e tipologia d'impiego): _____

_____;

- Chiedo che ogni comunicazione inerente al presente avviso sia trasmessa ai seguenti recapiti:

CELLULARE _____ INDIRIZZO E-MAIL _____

PEC _____

Impegnandosi a comunicare ogni successiva variazione e riconosce che l'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del candidato;

- Si allegano alla presente domanda:

- Copia del documento di identità in corso di validità;
 Curriculum formativo-professionale datato e firmato;

- Di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente in materia di privacy, finalizzati all'espletamento della procedura.

Data: ____/____/____

Firma _____