**SIMILE DI DOMANDA DA REDIGERSI IN CARTA SEMPLICE.**

 Al DIRETTORE GENERALE

 DELL’A.S.S.T. DI VIMERCATE

 UFFICIO PROTOCOLLO

 VIA SANTI COSMA E DAMIANO N. 10

 20871 VIMERCATE

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

di essere ammesso a partecipare al pubblico avviso per titoli e colloquio, indetto con deliberazione n. \_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per l’assunzione con incarico a tempo determinato per un anno o periodo inferiore in relazione alla assunzione in servizio del titolare vincitore della procedura per la copertura a tempo indeterminato del posto stesso, di n.\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dichiara sotto la propria responsabilità, anche ai fini di quanto previsto dal D.P.R. n.445/00:

1. di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di essere residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere in possesso della cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. di non aver riportato condanne penali, *ovvero*: di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_presso

l’Università \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di avere conseguito la specializzazione in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

l’Università\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il cui corso di studi ha avuto una durata di anni\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

1. di essere iscritto all'Ordine dei medici della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di non avere prestato servizio alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni, *ovvero:* di aver prestato servizio alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni come segue: dal \_\_\_\_ al \_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_ e che la risoluzione dei precedenti rapporti è stata determinata dalle seguenti cause \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di non essere stato dispensato dall’impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l’impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
4. di aver preso visione del relativo avviso pubblico e di sottostare a tutte le condizioni in esso stabilite ed alle norme tutte di legge e dei regolamenti interni ed eventuali successive modifiche degli stessi;
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (altre eventuali dichiarazioni)

Chiede inoltre che ogni comunicazione relativa al presente avviso gli venga fatta al seguente indirizzo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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