

Schema di domanda

Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità

**Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliero - Universitaria
Consorziale Policlinico di Bari
Piazza Giulio Cesare, 11
70124 - BARI**

Il/la sottoscritto/a (cognome)..... (nome)
.....

chiede di poter partecipare all'avviso pubblico per titoli e colloquio, finalizzato al conferimento di n. 2 incarichi di collaborazione coordinata e continuativa della durata di 1 anno, in favore di n. 1 Medico Specialista in Pediatria ad indirizzo Neonatologico e n.1 Medico Specialista in Genetica Medica da adibire al funzionamento del Registro Malformazioni Congenite Regionale il cui centro di coordinamento ha sede presso l' U.O.C. di Neonatologia e Terapia intensiva dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari approvato con DGR n. 1409 del 23/07/2013, pubblicato nel Bollettino Ufficiale Regione Puglia n. del, dichiarando sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.445/2000:

- di essere nato/a a prov. il
.....;
- codice
fiscale.....
-;
- di possedere la cittadinanza
.....;
- di risiedere a..... prov. c.a.p.
.....;

- Via n.
.....;

di essere **di non essere**
 iscritto/a nelle liste elettorali del comune di
(1).....;

di aver e **di non avere**
 riportato condanne penali
(2).....;

• di essere in possesso del diploma di Laurea in
conseguito il presso

• di essere iscritto/a all'Albo di dal

• di essere in possesso del diploma di Specializzazione in
durata del corso conseguito ai sensi del D. Lgs il
..... presso

• di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di
leva.....; (la dichiarazione non è dovuta per i nati dal 1° gennaio
1986 in poi, a seguito della sospensione del servizio obbligatorio di leva di cui alla Legge
15/03/2010 n. 66)

di aver e **di non aver**
 prestato servizio presso (3)

.....

..... dal al

il cui rapporto è cessato per i seguenti motivi

• di non essere stato/a escluso/a dall'elettorato politico attivo;

• di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

• di aver diritto di preferenza alla nomina a parità di merito e a parità di titoli, in quanto è in possesso dei seguenti requisiti previsti dall'art. 5 D.P.R. 487/94

..... (4)

• di eleggere il proprio domicilio agli effetti di ogni comunicazione relativa all'avviso al seguente indirizzo:

Località **prov**..... **c.a.p.**

.....

Via..... **n.**

.....

Telefono..... **cell.**

.....

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente richiesta possano essere trattati, nel rispetto del D. Lgs. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente procedura concorsuale.

Data,.....

Firma

.....

-
- 1) In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi.
 - 2) Indicare le eventuali condanne riportate (anche se sia stata concessa amnistia , condono, indulto o perdono giudiziale), la data del provvedimento e l'autorità che l'ha emesso.
 - 3) In caso in cui il candidato non abbia prestato servizio in Pubbliche Amministrazioni indicare "alcuna Amministrazione Pubblica" omettendo di compilare le indicazioni necessarie;
 - 4) omettere tale dichiarazione nel caso che il/la candidato/a non sia in possesso di tali requisiti.