

SCHEMA DI DOMANDA

**Al Commissario Straordinario
dell'ARNAS Garibaldi - Catania
protocollo.generale@pec.ao-garibaldi.ct.it**

__l__ sottoscritt__ Dott. _____ nat__ a _____ (____)
il _____ e residente a _____ (____), in via _____ n. ____
cellulare _____ pec _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico di Selezione, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico a tempo determinato ai Sensi dell'art. 15 *octies* D. Lgs. n. 502/92, della durata complessiva di sedici mesi, per la figura professionale di Laureato in Ortottica ed Assistenza in Oftalmologia, per l'importo di € 16.000,00 (Euro sedicimila/00) lordi annui, per lo svolgimento delle attività previste delle attività di ricerca sui fattori di rischio responsabili della progressione della degenerazione maculare senile legata all'età, da svolgersi presso l'U.O.C. di oftalmologia del P.O. Garibaldi Nesima

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità

DICHIARA

sotto la sua personale responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, di essere in possesso dei seguenti requisiti generali di ammissione (sbarrare le caselle di interesse):

- di essere in possesso della cittadinanza italiana salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea _____;
- di non avere riportato condanne penali definitive e di non avere procedimenti penali pendenti, ovvero di riportare le seguenti condanne penali (anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziale) _____;
- di non avere riportato condanne per reati contro la Pubblica Amministrazione;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____ ovvero di non essere iscritto per il seguente motivo: _____;
- di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni;
- di avere l'idoneità fisica allo svolgimento dell'incarico.

Il/la sottoscritta dichiara di essere altresì in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

- Laurea in _____ conseguita presso _____, in data _____ con votazione _____/110;
- Esperienza nella gestione dei pazienti affetti da maculopatia maturata presso struttura pubblica o privata accreditata;
- Esperienza in assistenza in chirurgia oftalmica maturate presso struttura pubblica o privata accreditata.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, comprese le categorie particolari di dati, ai fini della gestione della presente procedura, ai sensi del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196, come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 2018 e del Regolamento U.E.2016/679 (G.D.P.R.), a che l'indirizzo PEC personale al quale verrà effettuata ogni comunicazione è il seguente _____ impegnandosi a comunicare ogni eventuale variazione del suddetto indirizzo.

Alla presente allega:

- 1) copia di valido documento di riconoscimento;
- 2) documentato curriculum formativo professionale, datato, firmato ed autocertificato ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000;
- 3) dichiarazioni sostitutive, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 (46-47), relative al possesso dei requisiti previsti dal bando;
- 4) altra documentazione che si ritiene utile ai fini della valutazione di merito presentata secondo le modalità prescritte nell'avviso;
- 5) elenco dei documenti prodotti, datato e firmato.

Data _____

Firma (non autenticata)
