

Al Direttore Generale  
Dell'ARNAS Garibaldi

Li/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il ..... residente a ..... in  
Via/piazza ..... n. ....  
Codice fiscale ..... tel. ....  
..... Cellulare .....  
mail ..... Pec .....  
.....

### CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla procedura finalizzata al conferimento di incarichi di lavoro autonomo per personale:

- Medico specialista in \_\_\_\_\_;
- Medico specializzando iscritto al \_\_\_\_\_ anno del corso di Formazione Specialistica in \_\_\_\_\_;

di cui all'avviso pubblico approvato da codesta Azienda con deliberazione n° \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

A tal fine

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 dpr 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 in caso di dichiarazioni mendaci del medesimo DPR 445/2000 quanto segue:

Di avere:

- Cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, compresi anche i cittadini di Paesi Terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
- Conoscenza della lingua italiana, così come disposto dall'art. 1 del D.P.R. 752/1976 richiamato dall'art. 38 comma 3 ter del D.Lvo 165/2001;
- godimento dei diritti civili e politici;
- non aver riportato condanne penali;
- idoneità fisica.

Dichiara, inoltre, di essere:

- Medico specialista in \_\_\_\_\_
- Medico specializzando iscritto al \_\_\_\_\_ anno del corso di Formazione Specialistica in \_\_\_\_\_;
- di non essere attualmente dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra Pubblica Amministrazione Europea;

Allega alla presente copia del curriculum vitae, debitamente sottoscritto, e del documento d'identità.