Allegato A

Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini
Circonvallazione Gianicolense 87
00152 ROMA

Il/La sottoscritto/a ……

Nato a …… prov. …… il ……

Codice fiscale ……

Residente a …… prov. …… CAP……

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni (da compilare solo se diverso dalla residenza):

……

……

Recapiti telefonici ……

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura comparativa per soli titoli per il conferimento di un incarico libero professionale, ai sensi dell'art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001, per la posizione di Biologo per lo svolgimento del progetto "Sperimentazione di nuovi farmaci biologici nel trattamento delle malattie infiammatorie croniche intestinali", presso la UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 DPR 445/00),

DICHIARA

a) di essere cittadino italiano, o di essere cittadino del seguente Stato membro dell'Unione Europea _____ e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
b) di godere dei diritti politici e di non essere stato escluso dall'elettorato politico attivo;

c) di non aver riportato condanne penali;

d) di aver riportato le seguenti condanne_____;

e) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione, ovvero licenziato per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi e comunque con mezzi fraudolenti;

f) di essere in possesso dell'idoneità fisica allo svolgimento dell'attività oggetto dell'incarico in argomento;

g) di essere in possesso di Laurea in _____ conseguita il _____ presso _____ con votazione di _____;

h) di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in _____ _____ conseguito il_____ presso _____ con votazione di _____;

i) essere iscritto/a all'ordine dei _____ di _____al n. _____dal _____;

j) di essere in possesso degli ulteriori titoli di studio: (specificare corso di studio, ente di presso il quale il corso si è svolto, data di svolgimento, votazione)_____.

Allega alla presente un *curriculum vitae et studiorum* <u>in formato europeo</u>.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che l'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Il/La sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente le eventuali variazioni del recapito sopra indicato che dovessero intervenire successivamente alla data di presentazione della presente domanda.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Lì,_____ Firma del candidato/a_____

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini al trattamento ed alla conservazione dei dati personali comuni e sensibili nei propri archivi in conformità al D.Lgs 196/03.

Lì,_____ Firma del candidato/a_____

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Azienda Ospedaliera S. Camillo – Forlanini di Roma ad utilizzare i dati contenuti nella presente domanda ai fini della gestione della procedura, ai sensi delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i..
Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di aver preso visione dell'avviso di cui trattasi.

Roma, _____ Firma del candidato/_____