

All'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona  
"Casa per Anziani"  
Viale Trieste 42  
33043 CIVIDALE DEL FRIULI (UD)

**Domanda di ammissione alla procedura comparativa per il conferimento di un incarico libero professionale di medico competente**

Il/La sottoscritto/a

---

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla procedura di valutazione comparativa finalizzata alla selezione, per titoli ed eventuale colloquio, di un professionista incaricato allo svolgimento dell'attività di medico competente per conto dell'ASP Casa per Anziani di Cividale del Friuli (UD), indetto con determinazione del Direttore Generale n. 13 del 24.01.2023.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole della veridicità delle stesse e delle eventuali sanzioni penali di cui all'art. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di false dichiarazioni,

**DICHIARA**

- di essere nato/a a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- codice fiscale \_\_\_\_\_

- di risiedere a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

- di essere in possesso della cittadinanza: \_\_\_\_\_

- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
ovvero di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_

- **per i cittadini non italiani:** di godere dei diritti politici e civili nello stato di appartenenza o provenienza  SÌ  NO

in caso negativo indicare i motivi del mancato godimento dei diritti politici e civili nello stato di appartenenza o provenienza \_\_\_\_\_

- **per i cittadini non italiani:** di avere adeguata conoscenza della lingua italiana

SÌ  NO

- di avere riportato condanne penali  SÌ  NO

in caso affermativo, indicare le condanne penali riportate e i procedimenti penali in corso

---

- (solo per i candidati di sesso maschile) di avere assolto gli obblighi militari  SÌ  NO

in caso negativo indicare i motivi del mancato assolvimento degli obblighi militari)

---

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

- di essere iscritto nell'elenco nazionale dei medici competenti della Regione
- 

• di avere prestato o di prestare attività/servizio presso le sotto indicate aziende (specificare Aziende, tipologia, mansioni e periodi):

Azienda \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ profilo \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ profilo \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ profilo \_\_\_\_\_

- che quanto indicato nell'allegato Curriculum formativo e professionale corrisponde a verità;
- che i documenti e i titoli presentati e allegati sono pari a n. \_\_\_\_\_

- di voler ricevere eventuali comunicazioni inerenti al presente concorso al seguente indirizzo (indicare solo se diverso dalla residenza):

via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ , città

\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

#### DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione di quanto riportato al link <https://www.aspciviale.it/amministrazionetrasparente/bandidiconcorso/avvisi> in materia di trattamento dei dati personali effettuati nell'ambito della gestione del rapporto in oggetto da rendersi ai sensi degli articoli 13 e 14 del RGPD - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati
- che tutti i documenti allegati sono conformi agli originali, ai sensi degli artt.19,19-bis e 47 del DPR 28.12.2000, n.445.

Allega alla presente:

- 1) fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità;

- 2) curriculum vitae aggiornato;
- 3) i titoli ritenuti utili per la valutazione.

Data, \_\_\_\_\_

---

(firma)