



**OGGETTO: Domanda di partecipazione alla selezione pubblica per il conferimento dell'incarico libero professionale di Direttore Sanitario presso la Residenza per Anziani del Comune di Monfalcone.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_; residenza a  
\_\_\_\_\_;(prov. \_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
Tel. \_\_\_\_\_, Cell. \_\_\_\_\_;  
indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
(N.B. l'indirizzo email indicato verrà utilizzato per le successive comunicazioni).

Domicilio se diverso dalla residenza:

\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere ammesso \_\_\_ a partecipare alla selezione per il conferimento dell'incarico libero professionale di Direttore Sanitario presso la Residenza per Anziani del Comune di Monfalcone.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole, in particolare, della sanzione della decadenza dalla procedura selettiva e dall'eventuale incarico, prevista dall'art. 75 del citato D.P.R. in caso di non veridicità delle autocertificazioni rese e delle sanzioni pensali previste dall'art. 76 per le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi:

- Di avere il seguente status di cittadinanza: \_\_\_\_\_
- Di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana, se non in possesso di cittadinanza italiana o in quanto titolari di status di rifugiato politico;
- Di essere iscritto alle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;
- Di godere di diritti civili e politici, anche negli Stati di appartenenza o provenienza;
- Di non essere stato esclusi dall'elettorato politico attivo;
- Di non aver riportato condanne penali o procedimenti penali in corso a proprio carico;



**Comune di Monfalcone**

Provincia di Gorizia  
piazza della Repubblica 8  
I-34074 Monfalcone | Go  
www.comune.monfalcone.go.it

- Di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- Di non essere collocato in quiescenza;
- Di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia;
- Di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi, n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_
- Di essere in possesso della Partita IVA: \_\_\_\_\_;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni dell'indirizzo indicato nella presente domanda;
- Di autorizzare l'Amministrazione all'invio di ogni documentazione relativa alla presente selezione all'indirizzo di posta elettronica indicato precedentemente, riconoscendo che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario;
- Di autorizzare l'Amministrazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 per gli adempimenti della procedura selettiva;
- Che quanto indicato nel curriculum formativo e professionale corrisponde a verità;
- Di aver preso visione dell'Avviso di selezione e di accettare tutte le clausole in esse inserite;
- Di allegare alla presente:
  - a) Curriculum professionale debitamente sottoscritto (allegato obbligatorio);
  - b) Fotocopia fronte retro di un documento di identità valido (allegato obbligatorio salvo l'utilizzo di firma digitale).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma