

FAC SIMILE DI DOMANDA (in carta libera) Alla Provincia Religiosa di  
San Pietro dell'Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio – Fatebenefratelli  
Via Cassia n. 600 – 00189 Roma

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ (nome e cognome) chiede di essere ammesso a partecipare  
al concorso pubblico, per titoli ed esami, a n. ---- posti di Medico Dirigente  
disciplina di ..... presso l'Ospedale San Pietro di Roma. Ai sensi  
degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste  
dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli  
atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,  
all'uopo dichiara: 1) di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_) il \_\_\_\_\_ C. F.  
\_\_\_\_\_ ; 2) di risiedere a \_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_ ) (prov. \_\_\_), in Via \_\_\_ n. \_\_\_ tel.  
\_\_\_ cell. \_\_\_ ; 3) di essere in possesso della cittadinanza italiana, o  
equivalente, o in uno dei Paesi dell'Unione Europea, o \_\_\_\_\_ ; 4) di essere  
iscritto nelle liste elettorali del Comune di: \_\_\_\_\_ (ovvero i motivi  
della non iscrizione o cancellazione dalle liste medesime); 5) di non avere  
carichi pendenti né procedimenti penali in corso (ovvero eventuali condanne  
penali riportate, specificandone la natura); 6) di trovarsi nella seguente  
posizione nei confronti egli obblighi militari; 7) di essere in possesso, alla data  
di scadenza stabilita dal bando di concorso, dei requisiti generali e specifici di  
ammissione; 8) di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia  
conseguita presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con la seguente  
votazione \_\_\_\_\_ 9) di essere in possesso della specializzazione nella  
disciplina di \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_\_\_ (specificare numero legale anni di corso e se conseguita ai sensi  
del D.Lgs.257/91 e s.m.i) o di essere iscritto al \_\_\_\_\_ anno della Scuola di

Specializzazione in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

10) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_

al numero \_\_\_\_\_ dalla data del \_\_\_\_\_

11) di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni con

indicazione delle eventuali cause di cessazione (ovvero di non aver mai

prestato servizio presso pubbliche amministrazioni); 12) di essere fisicamente

idoneo allo svolgimento delle mansioni relative ai posti messi a concorso 13)

di accettare le condizioni fissate dal bando di concorso, nonché quelle che

disciplinano lo stato giuridico-economico del personale dell'Ospedale San

Pietro di Roma; 14) di autorizzare( D.Lgs n. 196/03) l'Ente al trattamento dei

dati personali, per gli adempimenti per l'espletamento del concorso; 15) di

inviare eventuali comunicazioni al seguente indirizzo di Poste Elettronica

Certificata \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ , esonerando l'Ente da

ogni responsabilità nel caso di irreperibilità. Data, Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (art. 47

D.P.R. 28/12/2000 n. 445) Il/la Signor.....

nat.....a.....il.....residente a .....via

.....n..... titolare del seguente documento .....n .... rilasciato

da ..... il ..... ai sensi dell'art.47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

sulle circostanze indicate, per .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di

formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28

dicembre 2000 D I C H I A R A Che le copie allegate relative a:

.....

.....

sono conformi all'originale. (luogo e data) (firma del dichiarante) NB: Nel caso la presente dichiarazione non sia resa in presenza di un pubblico funzionario, l'interessato è tenuto ad allegare copia semplice del documento d'identità

Attesto che il dichiarante Signor..... ha reso e sottoscritto in mia presenza la suestesa dichiarazione IL FUNZIONARIO INCARICATO ..... Data..... Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000) Il/la sottoscritto/a.....nat....a .....il .....residente a ..... via .....n..... documento di riconoscimento ..... n ..... rilasciato da .....il..... consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 D I C H I A R A di essere in possesso del titolo di studio di ..... conseguito presso.....il..... di essere iscritto/a nell'albo/elenco/ordine .....della Provincia di: .....al n. .... dal ..... - di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione/di abilitazione/di formazione/di aggiornamento/di qualificazione Tecnica

..... - conseguito

presso.....il.....(1).....

.....

.....

..... o di essere

iscritto al \_\_\_\_ anno della Scuola di Specializzazione in

presso \_\_\_\_\_, luogo, data (firma del dichiarante) Informativa ai sensi

dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle

disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e

verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. (1) Specificare se

specializzazione conseguita ai sensi del Dlg 257/91 e s.m.i., e numero legale

anni di corso.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 D.P.R.

445 del 28 dicembre 2000) Il/la Signor.....nat...a.....il

.....

residente

a.....Via.....

documento di riconoscimento .....n.....

rilasciato da.....il.....

consapevole delle sanzioni penali. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di

formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28

dicembre 2000 DICHIARA di avere prestato / di prestare attività lavorativa

presso: Azienda/Ente (1) Periodo dal/al (2) Disciplina/Pos.Funz/Qualifica (3-

4-5) Il/La sottoscritt... dichiara di aver usufruito di un periodo di aspettativa

senza assegni dal ..... al..... per

motivi..... Il/La

sottoscritt... dichiara altresì che ricorrono / non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20/12/79 n. 761. (6) Luogo, data (firma del dichiarante) Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. (1) Specificare se Azienda del SSN o Struttura Convenzionata/Accreditata o Pubblica Amministrazione o Istituto Privato (2) Specificare giorno mese anno di inizio e termine del rapporto di servizio (3) Specificare se rapporto di servizio a tempo pieno o part-time (se part-time indicare percentuale orario di servizio) (4) Specificare se rapporto di servizio dipendente o contratto libero professionale/collaborazione coord. continuativa (5) Specificare per i medici in rapporto libero-professionale/collaborazione, oltre l'inizio e il termine del rapporto, l'orario di lavoro settimanale (6). Ultimo comma art. 46 D.P.R. 761/79 "La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superiore il 50 per cento.