

FAC-SIMILE DELLA DOMANDA PER INCARICHI 15 OCTIES

Al Direttore Generale
Dell'Azienda Sanitaria Provinciale
Viale della Vittoria n° 321
92100 Agrigento

I _____ sottoscritt _____, nato a _____ il _____ e
residente a _____ in via _____
chiede di essere ammesso a partecipare all'Avviso Pubblico per titoli e colloquio, indetto da codesta Azienda, per il
conferimento di un incarico 15 octies D.Lgs 502/92 di _____ per la realizzazione del progetto: "1
Chilometro in salute " PSN 2020-2021 Linea progettuale 4 PP02 .

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR del
28/12/2000, n° 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- di essere nato a _____ il ____ / ____ / ____;
- di essere residente a _____;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;
- di non aver riportato condanne penali definitive;
- di essere in possesso del i titolo di studio:

Diploma di Laurea in _____, conseguito il _____
presso _____;

- di essere iscritto all'Ordine dei _____ di _____ dal _____
al n. _____;
- di aver /non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni come da autocertificazioni in allegato ;
- di essere /non essere incorso nella destituzione, dispensa o decadenza da precedente impiego presso la
Pubblica Amministrazione
- di eleggere il seguente domicilio per qualsiasi comunicazione relativa all'incarico 15 octies;

Via _____ Città _____ Cap _____

TELEF. _____ cell. _____

Indirizzo di Posta elettronica certificata: _____

Data _____

FIRMA

Il/La _____ sottoscritt _____, nato a _____ il _____
e residente a _____ in via _____

esprime il proprio consenso alla raccolta e al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, per le finalità
inerenti alla procedura selettiva e l'eventuale conferimento dell'incarico 15 octies D.Lgs 502/92 (regolamento
europeo n° 679/2016).

Dichiara , altresì , di avere preso visione dell'informativa privacy ex art. 13 Regolamento UE 2016/679

Data _____

FIRMA