

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 alla Riapertura Termini dell'Avviso Pubblico per titoli e colloquio, indetto da codesta Azienda, per il conferimento di un incarico 15 octiesD.Lgs 502/92 di _____ per la realizzazione del progetto: “A scuola in salute per promuovere il benessere ” PSN 2016 Linea progettuale 4.1.2 PP01-Scuole che promuovono Salute .

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 avere conseguito l'abilitazione in _____ in data _____ 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: _____

FIRMA

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.Lgs502/92 (regolamento europeo n° 679/2016).

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

Data _____

FIRMA