**ALLEGATO 1**

**FAC-SIMILE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE**

**da redigere possibilmente a macchina, su carta semplice**

Al Direttore Generale

Asl 3

## Via A. Bertani n. 4

16125 GENOVA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_.\_\_.\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ - C.A.P. \_\_\_\_\_ (Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), chiede di essere am-

messo/a all’Avviso di Mobilità Regionale, Interregionale ed Intercompartimentale, per titoli e colloquio, indetto dalla Asl 3 con deliberazione n. 575 del 27 ottobre 2021 per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico disciplina: Dermatologia.

Intende che ogni comunicazione, in merito al summenzionato Avviso, sia inviata al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

o tramite PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, sotto la propria responsabilità, anche ai fini penali (art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445), ai sensi di quanto previsto dal D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dichiara:

1. di essere titolare di rapporto di lavoro subordinato di pubblico impiego, a tempo indeterminato e di essere inquadrato nella qualifica di Dirigente Medico di Presidio Ospedaliero, presso la seguente Azienda/Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in (Città)\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.)\_\_\_\_\_\_\_\_ (Indirizzo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_;
2. di aver superato il periodo di prova previsto contrattualmente con l’Azienda/Ente di appartenenza;
3. di avere la piena idoneità fisica al posto da ricoprire senza alcuna limitazione e di non avere in pendenza istanze tendenti ad ottenere una inidoneità, seppur parziale;
4. di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essere iscritto all’Albo dei\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_al n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ove esistente);
5. di aver riportato/non aver riportato condanne penali e di essere/non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.…………………………………………………………………………………..(**barrare la dicitura che non interessa -** specificare anche i casi in cui sia intervenuta amnistia, indulto, condono, perdono giudiziale, sospensione della pena, beneficio della non menzione, ecc.);
6. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali ovvero …………………………………………………………………………………………….;
7. di aver riportato/non aver riportato nell’ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente Avviso, sanzioni disciplinari superiori alla censura scritta e di non aver procedimenti disciplinari in corso (**barrare la dicitura che non interessa);**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara, altresì, di autorizzare la Asl 3 al trattamento dei propri dati personali, a’ sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e relative norme di armonizzazione, per le finalità di gestione dell’Avviso Pubblico in argomento e per quelle inerenti alla gestione dell’eventuale rapporto di lavoro.

Data \_\_.\_\_.\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 2**

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

a conoscenza delle sanzioni penali, previste dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

#### DICHIARA

**Sotto la propria responsabilità**

Di aver partecipato ai seguenti Corsi di Formazione e di Aggiornamento professionale qualificanti e attinenti al posto da ricoprire:

titolo del corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero n. giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero n. crediti ECM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con superamento di esame finale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

punteggio /valutazione esame finale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(spazio libero per eventuali altre dichiarazioni)

Genova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGATO 3

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’

(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

a conoscenza delle sanzioni penali, previste dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (riportato per esteso nel bando di concorso pubblico, relativo alla procedura in argomento),

#### DICHIARA

**Sotto la propria responsabilità**

Di prestare e di aver prestato attività professionale con rapporto di lavoro subordinato:

presso (Azienda Sanitaria – Ospedaliera – P.A.)

di (località)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indirizzo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel profilo professionale/mansione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

disciplina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare causa di cessazione)

con rapporto di lavoro a tempo determinato/indeterminato

tipologia pieno/ parziale \_\_\_\_\_ % per ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_settimanali

di aver svolto le seguenti attività professionali con rapporto di lavoro diverso da quello subordinato

presso (Azienda Sanitaria – Ospedaliera – P.A.)

di (località)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indirizzo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel profilo professionale/mansione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

disciplina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tipo di rapporto di lavoro (libero professionale, autonomo, collaborazione, borsa di studio, ecc.)

per n. ore settimanali\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di aver svolto i seguenti incarichi di insegnamento conferiti da Enti Pubblici specifici rispetto al posto da ricoprire:

presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_materia di insegnamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(spazio libero per eventuali altre dichiarazioni)

Genova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### ALLEGATO 4

#### FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA’

(Artt. 19 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

a conoscenza delle sanzioni penali, previste dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (riportato per esteso nel bando di concorso pubblico, relativo alla procedura in argomento),

#### DICHIARA

**Sotto la propria responsabilità**

Che le fotocopie allegate alla presente domanda, numerate da n. 1 a n.\_\_\_\_\_ sono conformi all’originale in suo possesso.

Genova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 5**

#### FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CURRICULUM PROFESSIONALE

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

a conoscenza delle sanzioni penali, previste dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (riportato per esteso nel bando di concorso pubblico, relativo alla procedura in argomento),

#### DICHIARA

**sotto la propria responsabilità che il curriculum professionale è costituito dalle seguenti dichiarazioni:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Genova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_