

FAC SIMILE DI DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO PER CONFERIMENTO INCARICO DI LAVORO AUTONOMO, DI NATURA COORDINATA E CONTINUATIVA, PER N.1 LAUREATO IN LAUREATO IN "Medicina e Chirurgia" CON SPECIALIZZAZIONE IN "Igiene e Medicina Preventiva" PRESSO L'U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE DEL P.O. S.M. DI COLLEMAGGIO DI L'AQUILA.

Al Direttore Generale della ASL 1  
Avezzano, Sulmona,. L'Aquila  
Via Saragat, snc  
67100 L'Aquila

Il/La sottoscritto/a.....chiede di essere ammesso/a all'avviso pubblico, per il conferimento di un un incarico di lavoro autonomo, di natura coordinata e continuativa, per n.1 Laureato in "Medicina e Chirurgia" con specializzazione in "Igiene e Medicina Preventiva" indetto da codesta Amministrazione con deliberazione del Direttore Generale n.1750 del 23.10.2012.

A tale scopo, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara:

- di essere nato/a il.....a.....
- di risiedere attualmente a.....in via.....n.....
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- di essere/non essere iscritto/a nelle liste elettorali; **(1)**
- di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i candidati di sesso maschile):.....;
- di aver/non aver riportato condanne penali; **(2)**
- di essere a conoscenza di non essere sottoposto/a a procedimenti penali;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio.....e dei seguenti requisiti specifici di ammissione.....;
- di aver/non aver attualmente in corso rapporto di lavoro con ente pubblico e/o azienda privata.

**(3)**

Allega curriculum formativo e professionale, datato e firmato in originale, debitamente documentato nei modi indicati al punto 7) del bando, e copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Chiede infine che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo:

Sig/ra.....Via.....(CAP).....

Comune.....Provincia.....(Telefono.....).

Il/la sottoscritt..... autorizza la ASL dell'Aquila ad utilizzare i dati contenuti nella presente domanda ai fini della gestione della procedura selettiva, ai sensi delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003.

**Data**

**Firma**

---

**(1)** in caso positivo specificare in quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.

**(2)** in caso affermativo specificare quali.

**(3)** in caso affermativo specificare la tipologia del rapporto di lavoro in essere, l'ente pubblico e/o azienda privata, la data di inizio, l'eventuale impegno orario (tempo pieno, part time...), ed il profilo professionale.