



**AI DIRETTORE GENERALE
dell'ASL di BRINDISI**

Via Napoli n. 8
72100 BRINDISI

selezioni.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
(cognome e nome)

CHIEDE

di partecipare all' **AVVISO DI RICOGNIZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO RISERVATO AL PERSONALE IN SERVIZIO ALLA DATA DEL 03/06/2024 PRESSO IL CENTRO NEUROLESI E MOTULESI DI CEGLIE MESSAPICA.**

A tal fine, sotto propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. n°445/00, consapevole delle sanzioni penali e delle conseguenze di decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni false o mendaci

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____
2. di essere residente a _____ (prov. _____) in Via _____ n. _____
tel. _____ cellulare _____
e-mail _____
3. di possedere il seguente **indirizzo di posta elettronica certificata personale (Pec)** agli effetti di ogni comunicazione relativa all'avviso di ricognizione _____ (1);
4. di essere in possesso della cittadinanza italiana; ovvero di essere cittadino del seguente paese dell'Unione Europea _____;
5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;
6. di non aver mai riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali _____;
7. che la propria posizione nei riguardi degli obblighi di leva è la seguente _____;
(solo per candidati di sesso maschile)
8. di non essere stato destituito o dispensato o licenziato dall'impiego presso una pubblica amministrazione ai sensi della normativa vigente;

9. di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione all'avviso:

- **Titolo di Studio** _____
conseguito presso _____
nell.a.a. _____ / _____, con la votazione di _____ /110 e _____.

- **Iscrizione (ove prevista) all'ordine professionale di** _____

- **Di avere prestato servizio presso Il Centro Neurolesi e Motulesi a far data dal** _____ **con il profilo professionale di** _____ **e tipologia di contratto in essere alla data del 03/06/2024:**
(segnare la casella di interesse)
 - tempo determinato;
 - tempo indeterminato;
 - libera professione

10. dichiara di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nel presente avviso;

(si informa che i dati dichiarati sul presente modello sono strettamente correlati al procedimento amministrativo per cui sono stati prodotti e, pertanto, la loro mancata produzione impedisce l'avvio o la conclusione dello stesso.)

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'avviso e di sottostare a tutte le condizioni in esso stabilite.

Allegati:

1. autocertificazione del titolo di studio inerente il profilo professionale di appartenenza;
2. autocertificazione dell'iscrizione all'albo professionale ove previsto;
3. copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità, pena la non ammissione.

DATA _____

* FIRMA _____

*(non è richiesta l'autentica di tale firma, ai sensi del D.P.R. 445/2000)

N.B. LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI PARTE E A STAMPATELLO, FIRMATA E DATATA.

(1) la mancata indicazione dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata Personale comporta l'esclusione del candidato dalla procedura concorsuale.