

A: Agenzia per l'Italia Digitale
Area Organizzazione, Risorse umane e funzionamento
Via Liszt 21 – 00144 ROMA

_____l_____ sottoscritt_____ cognome_____

_____ nome_____

_____ codice fiscale_____

data di nascita	Giorno __ __ __	mese __ __ __	anno __ __ __ __ __	Luogo Nascita _____	Prov. _____
-----------------	--------------------	------------------	------------------------	------------------------	-------------

Telefono _____ indirizzo di posta elettronica _____

Residenza in Via/Piazza _____

c.a.p. _____ Città _____ Prov _____

CHIEDE DI PARTECIPARE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA FINALIZZATA AL CONFERIMENTO DI UN INCARICO PROFESSIONALE DI “MEDICO COMPETENTE”, DI CUI ALL’AVVISO N. 01/2014 DEL GIORNO 15 LUGLIO 2014

A TAL FINE, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL’ART. 76 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445, PER LE IPOTESI DI FALSITA’ IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI IVI INDICATE, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’, AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL CITATO D.P.R. N. 445/2000, QUANTO SEGUE:

- E’ CITTADINO ITALIANO
 Se NO, indicare lo Stato di cittadinanza _____
- E’ ISCRITTO NELLE LISTE ELETTORALI DEL COMUNE DI _____
- E’ IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO:
 - ☐ DIPLOMA DI LAUREA IN _____
 CONSEGUITO IL _____ PRESSO _____
 (se conseguito all’estero, allegare il provvedimento che riconosce l’equipollenza)
 VOTO _____
- NON HA RIPORTATO CONDANNE PENALI E NON HA PROCEDIMENTI PENALI IN CORSO NE’ IN ITALIA NE’ ALL’ESTERO
 se **SI** indicare la condanna riportata, la sentenza dell’autorità giudiziaria che l’ha emessa ed in quale data (da indicare anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale, ecc.) ed i procedimenti penali pendenti _____

- ALLEGA IL CURRICULUM VITAE
- PRESTA IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SOLO PER FINI ISTITUZIONALI E PER L’ESPLETAMENTO DELLA PROCEDURA COMPARATIVA

ROMA,