

All. A
Domanda di partecipazione

Al Direttore del Dipartimento di Epidemiologia
SSR Regione Lazio ASL Roma 1
dir_dep@pec.deplazio.it
Via Cristoforo Colombo, 112
Palazzina A - 00147 Roma

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n°445/2000

La/Il sottoscritta/o (cognome) _____

(nome) _____, nata/o il _____

a _____ Provincia _____, residente in Via _____

Città _____ Provincia _____ C.A.P. _____ Telefono _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso all'avviso di selezione pubblica come da bando cod: "**DEP-Medico_1_2024**".

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti fatte salve le responsabilità penali di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n°445/2000, dichiara quanto segue:

1. di essere in possesso della cittadinanza _____ - (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana: _____);
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero di non essere iscritto (o cancellato) dalle liste elettorali per i seguenti motivi: _____);
3. di non avere mai riportato condanne penali (ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali: _____);
4. di essere in possesso dei seguenti titoli comprovanti il diritto di precedenza e/o preferenza di legge nella nomina previsti: _____;
5. che qualsiasi comunicazione inerente al presente avviso di selezione deve essere fatta pervenire al seguente domicilio: Via _____ telefono _____
Comune di domicilio _____ C.A.P. _____;
6. di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n°196/2003;
7. di possedere tutti i requisiti previsti dal bando e di accettare tutte le condizioni previste dallo stesso.

luogo _____, (data) _____

(Firma per esteso)

All. B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Artt. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.)

...l... sottoscritt... _____
(cognome) (nome)

nat... a _____ il _____
(luogo) (data)

residente a _____
(indirizzo completo di CAP)

_____ recapito tel. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R.445 del 2 dicembre 2000,

DICHIARA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dichiaro di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30.06.2003 n.196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Dichiaro inoltre di essere informato che delle dichiarazioni rese potrà essere effettuato un controllo d'ufficio a campione.

Luogo _____, data _____

Il Dichiarante
