



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

1) MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE DIRIGENTE MEDICO

Al Direttore Generale
ASL Avellino

reclutamentocovid@pec.aslavellino.it

il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ Prov. _____

via _____

tel. _____ email _____

codice fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura d'urgenza volta ad acquisire MANIFESTAZIONE DI INTERESSE per il conferimento di incarichi in regime di lavoro autonomo in relazione alle necessità sanitarie ed assistenziali conseguenti all'emergenza sanitaria COVID-19.

A tal fine dichiaro, sotto la propria responsabilità, 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:

1) di essere in possesso dei seguenti requisiti generali di ammissione:

- di essere in possesso della cittadinanza _____;
di godere dei diritti civili e politici;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____);
- di ESSERE / NON ESSERE stato destituito o dispensato all'impiego presso una Pubblica Amministrazione o licenziati per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di non avere subito condanne penali;

2) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

- laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il _____
presso _____

- specializzazione nella disciplina (o in disciplina equipollente e/o affine)

conseguita il _____ presso _____

- Iscrizione all'albo dell'ordine dei medici-chirurghi n. _____ della provincia di _____
in data _____

il sottoscritto chiede di ricevere ogni comunicazione relativa alla presente procedura al seguente indirizzo

email _____

pec _____

DICHIARO ALTRESI' DI ALLEGARE ALLA PRESENTE ISTANZA DI PARTECIPAZIONE:

curriculum formativo e professionale redatto in forma di autocertificazione

documento di identità in corso di validità

DATA

FIRMA
