



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE MEDICI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA

Al Direttore Generale
ASL Avellino
protocollo@pec.aslavellino.it

OGGETTO: CODICE – SRG357

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI IN REGIME
DI LAVORO AUTONOMO PER MEDICI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA

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

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 _____
- 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 _____

SI ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA DI PARTECIPAZIONE IL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

DATA

FIRMA
