



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO**  
www.aslavellino.it

**1) MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE DIRIGENTE MEDICO**

Al Direttore Generale  
ASL Avellino

[reclutamentocovid@pec.aslavellino.it](mailto: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

\_\_\_\_\_

REGIONE CAMPANIA  
AV  
AZIENDA SANITARIA LOCALE  
AVELLINO