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 – SRG1221
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_____ pec _____

CHIEDE
di essere ammesso alla procedura d'urgenza volta ad acquisire MANIFESTAZIONE DI INTERESSE per il conferimento di incarichi in regime di lavoro autonomo, presso **il PO di Ariano Irpino per le attività di Degenza ordinaria e Degenza Sub-intensiva dell'Area Covid**

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 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 _____

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

- di essere in possesso della cittadinanza_____;
- di godere / non 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 aver / non avere subito condanne penali;

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

pec _____

email _____

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

DATA

_____

FIRMA

_____