



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA

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

OGGETTO: SRG753

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 per laureati in Medicina e Chirurgia, fino al 31 marzo 2021, eventualmente prorogabile, al fine di assicurare le attività della CAMPAGNA VACCINALE ANTI-COVID19, presso le strutture Ospedaliere e Territoriali di questa ASL

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 _____

DICHIARO ALTRESI' DI ALLEGARE ALLA PRESENTE ISTANZA DI PARTECIPAZIONE:

☒ documento di identità in corso di validità

DATA

FIRMA
