



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Al Direttore Generale
ASL Avellino

protocollo@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 a **personale medico collocato in quiescenza** 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 in data _____
presso _____

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

conseguita il _____ presso _____

- data di collocamento in quiescenza _____

- U.O./U.O.C. presso la quale ha prestato servizio nell'ultimo anno lavorativo

Il/La sottoscritto/a chiede di ricevere ogni comunicazione relativa alla presente procedura al seguente indirizzo

email _____

pec _____

Si allega alla presente istanza di partecipazione un documento di identità in corso di validità

DATA

FIRMA
