



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE, AI SENSI DEGLI ARTT. 46 - 47 DPR 445/2000:

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

Il /La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____

prov. _____

via _____ tel. _____

email _____ codice _____ fiscale _____

C H I E D E

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura di urgenza volta ad acquisire MANIFESTAZIONE DI INTERESSE per il conferimento di incarichi in regime di lavoro autonomo ai medici in relazione alle necessità sanitarie ed assistenziali presso le UU.OO.CC. Chirurgia PP.OO. della ASL Avellino. A tal fine dichiaro/a, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

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

- 1) cittadinanza italiana oppure cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea, ovvero loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, ovvero cittadini di Paesi Terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria (art. 38 D.Lgs 165/2001) purché in possesso di un'adeguata conoscenza della lingua italiana;
- 2) godimento dei diritti politici anche negli Stati di appartenenza o provenienza;
- 3) incondizionata idoneità fisica all'impiego;
- 4) non abbiano riportato condanne per reati previsti dalle leggi antimafia;
- 5) non abbiano riportato condanne per reati contro la Pubblica Amministrazione o la fede pubblica o per reati ostativi alla costituzione ed alla permanenza del rapporto di pubblico impiego;
- 6) non si trovino in una situazione di conflitto di interessi con l'Azienda;
- 7) non siano sottoposti a misure restrittive della libertà personale o di prevenzione;

8) non siano stati dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

9) non siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento ovvero non essere stati dichiarati decaduti dall'impiego;

10) non avere rapporto di dipendenza/convenzionale presso le Aziende Pubbliche e Strutture Sanitarie convenzionate/accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale;

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 _____

- di essere iscritto all'Albo Ordine dei Medici di _____ in
data _____ al n. _____

- Azienda e Struttura presso le quali ha prestato servizio nell'ultimo anno lavorativo:

- di aver esercitato da _____ al _____ (requisito minimo 10 anni) presso le seguenti
Strutture Pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale:

- di essere immediatamente disponibile a svolgere l'incarico, ove risultassi idoneo;

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

email _____

pec _____

Si allega alla presente istanza di partecipazione un documento di identità in corso di validità, nonché
un curriculum autocertificativo formativo e professionale, debitamente datato e firmato.

Data

Firma
