

ALLEGATO 1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Spett.le
l'Istituto per la formazione specifica in
Medicina generale
Via Lorenz Böhler, 13
39100 BOLZANO

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

di cittadinanza _____ Codice Fiscale _____

Email _____ Telefono _____

studio medico:

indirizzo: _____

Comune _____ Prov. _____

in via _____ n. _____

CHIEDO

di partecipare alla selezione per il conferimento di un incarico presso l'Istituto.

A tal fine,

DICHIARO

- di essere, al momento dell'invio della candidatura, in possesso dei requisiti di partecipazione, come riportati nell'avviso della procedura di selezione;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non trovarmi nella condizione di impossibilità a contrarre con la pubblica amministrazione nonché in situazioni incompatibili per legge con l'affidamento dell'incarico oggetto del presente avviso pubblico.

Allego:

- il curriculum formativo e professionale;
- fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Dichiaro che i dati sopra riportati e quelli contenuti nei documenti allegati rispondono a verità ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 Dichiaro inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi.

Data, _____ firma _____

I dati personali comunicati ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 saranno trattati unicamente per le finalità di gestione della procedura per la quale vengono rilasciati.