

ALLEGATO 1

Alla Direzione della Casa Circondariale
di Ancona

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____ nato/a a
_____ prov. (___) il _____ residente a _____
via/Piazza _____ cap. _____ prov. (___) Codice Fiscale _____
recapiti telefonici _____ E-mail _____

CHIEDE

di essere incluso/a nella graduatoria di Medico Competente per il servizio di sorveglianza sanitaria, in ottemperanza al D.Lgs 81/2008, all'interno degli II.PP. di Ancona.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ AI SENSI DEGLI ART.46 E 47 DEL D.LGS. N.445/2000, QUANTO SEGUE:

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'unione europea;
2. di godere dei diritti civili e politici;
3. di non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
4. di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
5. di aver preso atto delle tariffe contenute nell'avviso pubblico;
6. di essere iscritto all'Ordine dei Medici – Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di _____;
7. Non essere legati da un rapporto di lavoro dipendente né libero professionale al Ministero della Giustizia né avere motivi di inconferibilità di incarichi da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

Le comunicazioni relative alla presente procedura dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: prot.cc.ancona@giustiziacert.it

Il/La sottoscritto/a autorizza la Casa Circondariale di Ancona al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del D.Lgs 196/2003 ai fini della gestione della presente procedura.

Luogo e data: _____

Firma: _____

ALLEGA:

- scheda di valutazione;
- curriculum vitae in formato europeo;
- documentazione comprovante i titoli o autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000, con copia del documento di identità.