



Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria-Azienda Zero

C.F. 97110000797/ P. Iva 03904040791

SCHEMA DI DOMANDA

**Al Commissario Straordinario
dell'Azienda per il Governo della Sanità
della Regione Calabria -Azienda Zero**

protocolloaziendazero@pec.regione.calabria.it

Il/La... sottoscritto/a..... chiede di poter partecipare all' **avviso pubblico per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo rivolti a medici specializzandi a favore delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere della Regione Calabria**

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazione falsa o mendace, secondo quanto previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000:

1. di aver preso visione del bando e di accettarne, con la presente domanda le clausole ivi contenute;
2. di essere nato/a il _____ a _____;
3. codice fiscale _____;
4. di essere residente in _____ Via/Piazza _____;
5. di possedere la cittadinanza _____;
6. di essere in possesso del seguente titolo di studio **Laurea in Medicina e Chirurgia** conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____, con votazione _____;
7. di essere iscritto al _____ anno di formazione specialistica nella disciplina _____ presso l'Università degli Studi di _____;



Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria-Azienda Zero

C.F. 97110000797/ P. Iva 03904040791

8. di essere/di non essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____;
9. di possedere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata personale (Pec) presso il quale, ad ogni effetto deve essere fatta ogni comunicazione relativa all'Avviso _____
10. di essere in possesso dei requisiti per contrarre con la pubblica amministrazione;
11. di accettare tutte le condizioni fissate dal bando;
12. di scegliere tra le seguenti aree regionali di destinazione:
- area 1: Cosenza;
 - area 2: Catanzaro, Vibo Valentia e Crotone;
 - area 3: Reggio Calabria;

Il sottoscritto:

- dichiara di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nel bando;
- autorizza l'Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria – Azienda Zero al trattamento dei dati personali contenuti nella domanda e nei documenti, ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196, come modificato dal D. Lgs. n. 101/2018, per gli adempimenti connessi alla presente procedura concorsuale, ivi compreso l'eventuale esercizio del diritto di accesso agli atti da parte degli aventi diritto, nonché anche successivamente all'instaurazione del rapporto, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto stesso.

Allegati:

- fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- curriculum formativo e professionale, datato firmato.

Data, _____

Firma _____