***FAC SIMILE ALLEGATO A - Schema esemplificativo di domanda da produrre in carta semplice***

Al Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliera dei Colli

Via Leonardo Bianchi

80131 Napoli

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede

di essere ammesso all’Avviso di sostituzione del Direttore dell’U.O.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di documenti e titoli falsi ovvero di formazione di atti falsi, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

* di essere nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essere residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in servizio presso codesta Azienda con rapporto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con incarico dirigenziale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze delle seguenti Pubbliche Amministrazioni, compresa l’attuale Azienda:

Ente/P.A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Periodo (giorno,mese,anno) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

qualifica, disciplina ed incarichi ricoperti\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indicando l’eventuale causa di risoluzione dei precedenti rapporti;

* di aver maturato un’anzianità complessiva di servizio di anni, mesi, giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Allega alla presente:

* curriculum professionale;
* n. \_\_\_\_ dichiarazione/i sostitutiva di certificazione;
* n. \_\_\_ titoli e documenti;
* copia fotostatica fronte/retro di documento di identità datata e firmata.

Luogo e data Firma per esteso (non autenticata)

***FAC SIMILE ALLEGATO B***

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

(art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle responsabilità penali e della possibilità di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di documenti e titoli falsi ovvero di formazione di atti falsi, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver prestato servizio alle dipendenze

 Pubblica Amministrazione Privati

1. Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Tipologia rapporto / incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Eventuale periodo aspettativa dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Motivi di eventuale cessazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia fotostatica del documento d’identità in corso di validità.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_