



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
della Provincia di LUCCA

Al Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Lucca
Via Guinigi, 40 - 55100 Lucca

Il/La sottoscritto/a sig. ___
nato/a.....provincia.....
il.....residente a
provincia.....,
Via/Piazza.....n.
cap.....,
telefono.....(numero telefonico fisso o cell.)
cod. fiscale
E-mail
cittadinanza

CHIEDE:

di essere ammesso/a al bando per titoli ed esami, per il reclutamento di n. 1 unità di personale
qualifica Assistente, full time e a tempo determinato per 12 mesi, Area B.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, che:

1. E' in possesso del seguente titolo di studio di durata quinquennale:

....., conseguito
presso.....

di,

nell'Anno scolastico

se in possesso del titolo di studio di laurea indicare il titolo, se triennale o magistrale,

l'Università e la data di

conseguimento:.....

2. è idoneo/a al servizio continuativo ed incondizionato all'impiego per il quale concorre;



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
della Provincia di LUCCA

3. è in possesso delle qualità morali e di condotta di cui all'art. 35, punto 6 del decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001;
4. gode dei diritti politici ed è iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di, ovvero non è iscritto/a per i seguenti motivi (indicare i motivi della non iscrizione o cancellazione.....
.....
.....
5. non ha riportato condanne penali e non ha procedimenti penali in corso; (in caso contrario indicare la condanna riportata, la data della sentenza dell'autorità giudiziaria che l'ha emessa, anche se siano stati concessi amnistia, o condono, od indulto, o perdono giudiziale, etc) precisando, in caso affermativo, gli estremi del procedimento penale pendente o del provvedimento di condanna o di applicazione dell'amnistia o del perdono ed il titolo del reato; la dichiarazione deve essere resa anche se negativa
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....;
6. non è stato/a destituito/a, dispensato/a, interdetto/a dall'impiego presso un pubblico Ente, né dichiarato/a decaduto/a da altro impiego statale ai sensi dell'art. 127, lettera d) del decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3, per aver conseguito l'impiego mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
7. possiede i seguenti titoli valutabili:



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
della Provincia di LUCCA

15. Dichiaro, inoltre, di aver preso visione di tutte le clausole del bando e delle condizioni di ammissione al concorso.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che tutto ciò che è stato dichiarato nel presente modulo di domanda ha valore:

- di dichiarazione sostitutiva di certificazione, in relazione agli stati, qualità personali e fatti elencati nell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, in relazione a stati, qualità personali e fatti che sono di sua diretta conoscenza, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il/La sottoscritto/a in conformità a quanto previsto dall'art. 38, comma 3, del citato D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

- a) copia della ricevuta di pagamento della tassa di concorso;
- b) copia non autenticata di un proprio documento di identità in corso di validità;
- c) curriculum personale e professionale in formato europeo.

Tali dichiarazioni sono rese nella consapevolezza delle responsabilità penali cui il/la sottoscritto/a può andare incontro in caso di dichiarazioni false, ai sensi dell'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

Data _____

Firma _____