

AL DIRETTORE DEL SERVIZIO UNICO  
METROPOLITANO AMMINISTRAZIONE  
GIURIDICA DEL PERSONALE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ chiede di essere  
ammesso alle procedure d'urgenza volta ad acquisire MANIFESTAZIONE DI INTERESSE per il conferimento  
di incarichi in regime di lavoro autonomo in relazione alle necessità sanitarie ed assistenziali conseguenti  
all'emergenza sanitaria COVID 19.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76  
del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;
2. di non aver compiuto il settantesimo anno d'età e che tale condizione perduri per tutta la durata  
dell'incarico;
3. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (ovvero:  
di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente  
motivo: \_\_\_\_\_) - (cancellare l'espressione che non  
interessa);
4. di \_\_\_\_\_ (essere/non essere) stato destituito o dispensato dall'impiego presso una  
pubblica amministrazione o licenziati per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti  
falsi o viziati da invalidità non sanabile;
5. non avere riportato condanne penali (ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali - da indicarsi  
anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono  
giudiziale: \_\_\_\_\_) - (cancellare l'espressione che non interessa);
6. di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:
  - laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il \_\_\_\_\_ presso  
\_\_\_\_\_;
  - Specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso  
\_\_\_\_\_;ovvero
  - Iscrizione al \_\_\_\_\_ ( 3°o 4° o 5°) anno della scuola di specializzazione in  
\_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
durata legale del corso di specializzazione: anni \_\_\_\_\_
7. Iscrizione all'albo dell'ordine dei medici-chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura con la  
seguente modalità (barrare una sola modalità)

mediante posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo:  
\_\_\_\_\_;

mediante posta elettronica al seguente indirizzo:  
\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_