

SCHEMA DI DOMANDA

Al Direttore Generale

Asl 2 Abruzzo Lanciano-Vasto-Chieti

Via dei Martiri Lancianesi, 19

66100 CHIETI

Il/La sottoscritt _____ chiede di essere ammesso _____ a partecipare all'avviso interno, per titoli, per l'incarico di Esperto Qualificato.

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazione falsa o mendace:

di aver preso visione dell'avviso interno e di accettarne, con la presente domanda, le clausole ivi contenute;

di essere nat _____ a _____ il _____

di essere residente in _____ Via/Piazza _____;

di prestare servizio a tempo indeterminato presso: _____, in qualità di _____ dal _____;

di essere in possesso dell'idoneità fisica all'esercizio delle mansioni proprie del profilo di appartenenza;

di essere esente da sanzioni disciplinari definite nell'ultimo biennio e di non avere procedimenti disciplinari in corso;

che ogni comunicazione inerente l'avviso interno venga inviata al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____ località _____

Prov. _____ CAP _____ recapiti tel. _____;

Allega alla presente:

- Dettagliato curriculum formativo e professionale, debitamente sottoscritto, eventualmente corredato della documentazione ritenuta rilevante ai fini dell'affidamento dell'incarico;
- Dichiarazione sostitutiva di cui al D.P.R. 445/2000, accompagnata da fotocopia di documento di identità, con la quale si dichiara il possesso, pena l'esclusione, dei seguenti requisiti:
 - c. Di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità ed esclusione, previste dalla normativa vigente per lo svolgimento delle funzioni di esperto qualificato per il servizio di sorveglianza fisica in materia di radioprotezione ai sensi del Dlgs. 17/03/1995 n. 230 e s.m.i.;
 - d. Autodichiarazione attestante l'iscrizione nell'elenco nominativo degli Esperti Qualificati istituito presso l'ispettorato Medico Centrale del Lavoro, ai sensi dell'art. 78 del Dlgs. N. 230/1995 con l'indicazione del grado di abilitazione.

Data _____

Firma _____