

ALLEGATO 1

Alla CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO REGIONALE DELLA CAMPANIA

Via San Tommaso d'Aquino 15

80133 NAPOLI

Oggetto: Domanda di partecipazione al Bando di Selezione Pubblica per conferimento di n°6 incarichi di collaborazione professionale a medici presso la postazione PSSA dell'Aeroporto "Costa d'Amalfi" di Salerno

Il/la sottoscritto/a _____ (indicare il cognome, per le donne quello da nubile, ed il nome),
nato/a il ___/___/___ a _____, provincia di __,
codice fiscale _____
residente a _____, provincia di __,
via/piazza _____, n. ____, CAP _____,

CHIEDE

di partecipare alla Selezione Pubblica per conferimento di n°6 incarichi di collaborazione professionale a medici presso la postazione PSSA dell'Aeroporto "Costa d'Amalfi" di Salerno di cui al bando indetto con la Determinazione Direttoriale n. ___ del ___/___/2010.

A tal fine il/la sottoscritto/a _____ (indicare il cognome, per le donne quello da nubile, ed il nome), nato/a il ___/___/___ a _____, provincia di __, e residente a _____, provincia di __, via/piazza _____, n. ____, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di (barrare la voce che interessa):
 essere cittadino/a italiano/a
 di essere cittadino/a _____ (in caso di cittadino di Stato Membro dell'Unione Europea indicare la propria cittadinanza);

- di godere dei diritti civili e politici;

- di non aver riportato condanne penali e provvedimenti di applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;

- di (barrare la voce che interessa)
 non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti a proprio carico
 di avere i seguenti procedimenti penali pendenti a proprio carico
_____;

- di non versare in situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi e/o in concorrenza previste dalla vigente normativa conseguenti all'abbinamento tra la propria attività professionale comunque svolta e l'attività prestata a favore della Croce Rossa Italiana;

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;

- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della provincia di _____

I documenti comprovanti il possesso dei titoli culturali e professionali (titoli di studio e iscrizione all'ordine dei medici) sono detenuti da: (compilare solo nel caso in cui i documenti comprovanti il possesso dei suddetti titoli siano già in possesso della Croce Rossa Italiana o di altra Pubblica Amministrazione)

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

- il proprio curriculum vitae redatto in maniera conforme al modello Allegato 2 al presente bando debitamente firmato e corredato della documentazione comprovante i titoli posseduti;
- l'elenco della documentazione presentata debitamente firmato;
- fotocopia del proprio documento di identità debitamente firmato (*carta di identità, passaporto, patente rilasciata dalla Prefettura, o altro documento equipollente¹*).

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga inviata all'indirizzo sotto indicato, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive. Al riguardo riconosce che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda o per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Indirizzo e recapiti telefonici

Via _____ n. ____
CAP _____
Città _____
Provincia ____
Telefono _____
Cellulare _____
Fax _____
e- mail _____

Il Candidato dichiara infine di aver preso piena conoscenza del Bando e degli altri documenti ad esso allegati, ovvero richiamati e citati prendendo atto e accettando quanto in esso disposto.

(Luogo e data) _____, li __/__/____

Firma _____

Il Candidato dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 della Legge 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e autorizza la Croce Rossa Italiana al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della presente procedura.

(Luogo e data) _____, li __/__/____

Firma _____

¹ N.B.: **NON** saranno ritenute valide come documenti di riconoscimento le patenti rilasciate dalla motorizzazione civile.