FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale Azienda Sanitaria di Potenza
Ufficio Protocollo – Via Torraca n. 2 – 85100 Potenza

OGGETTO: Manifestazione di interesse per conferimento incarico libero professionale di Ingegneria aeronautica/aerospaziale

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (_____) il _____ e residente in _____ (CAP_____) alla via _____, tel._____, PEC _____ email _____;

MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA'

a svolgere presso l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D. Lgs. n. 165/2001, un incarico libero-professionale di natura temporanea per prestazioni afferenti alla Ingegneria Aeronautica/Aerospaziale, per le specifiche necessità del U.O.C. Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio.

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/11/2000 n. 445 e ss.mm.ii., concernente le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di aver preso visione dell'Avviso di manifestazione di interesse e di accettare tutte le condizioni in esso contenute;
2. di essere cittadino italiano (*in alternativa specificare se appartenente a uno Stato Membro dell'UE o Stato terzo* _____);
3. di godere dei diritti civili e politici; (*non possono accedere agli impieghi coloro che sono stati esclusi dall'elettorato politico attivo*);
4. non aver riportato condanne penale (*ovvero di aver riportato la seguente condanna penale* _____);
5. non essere cessato dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
6. di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego nell'osservanza di quanto previsto dall'art. 26 del D.Lgs. n. 106/2009;
7. di essere in possesso della Laurea in Ingegneria Aeronautica/ Aerospaziale conseguita presso la seguente Università: _____ il _____ (*per il titolo conseguito all'estero attestare l'equipollenza e allegare il Decreto Ministeriale di riconoscimento*);

8. di essere iscritto nell'apposito albo professionale di _____, n. _____;
9. di essere in possesso di comprovata esperienza professionale specifica rispetto all'oggetto dell'incarico;

Il/La sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati per le finalità proprie della procedura, nel rispetto della normativa vigente in materia.

ALLEGA CURRICULUM FIRMATO, DATATO E AUTOCERTIFICATO E DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

Luogo e data_____

FIRMA

_____