

All. A
Domanda di partecipazione

Al Direttore del Dipartimento di Epidemiologia
SSR Regione Lazio ASL Roma 1
dir_dep@pec.deplazio.it
Via Cristoforo Colombo, 112
Palazzina A - 00147 Roma

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n°445/2000

La/Il sottoscritta/o (cognome) _____

(nome) _____, nata/o il _____

a _____ Provincia _____, residente in Via _____

Città _____ Provincia _____ C.A.P. _____ Telefono _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso all'avviso di selezione pubblica come da bando cod: **DEP-FARMACISTA_1_2023**".

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti fatte salve le responsabilità penali di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n°445/2000, dichiara quanto segue:

1. di essere in possesso della cittadinanza _____ - (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana: _____);
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero di non essere iscritto (o cancellato) dalle liste elettorali per i seguenti motivi: _____);
3. di non avere mai riportato condanne penali (ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali: _____);
4. di essere in possesso dei seguenti titoli comprovanti il diritto di precedenza e/o preferenza di legge nella nomina previsti: _____;
5. che qualsiasi comunicazione inerente al presente avviso di selezione deve essere fatta pervenire al seguente domicilio: Via _____ telefono _____
Comune di domicilio _____ C.A.P. _____;
6. di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n°196/2003;
7. di possedere tutti i requisiti previsti dal bando e di accettare tutte le condizioni previste dallo stesso.

luogo _____, (data) _____

(Firma per esteso)
