

Alla Direzione Regionale Calabria

DICHIARAZIONE DISPONIBILITÀ

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____,
nato/a a _____ (_____) il _____
residente a _____ prov. _____
via _____ n. _____ tel. _____
cell. _____ PEC _____
e-mail _____;

CHIEDE

di partecipare all'avviso per il conferimento di incarichi di specialista ambulatoriale per la
BRANCA di _____ presso il CDPR di Lamezia Terme per nr. _____ ore
settimanali.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per
dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di essere:

☐ cittadino/a italiano/a

☐ cittadino/a dello Stato UE: _____

2. di godere dei diritti civili e politici;

3. di essere in possesso dei seguenti titoli:

- Laurea in _____ conseguita il ____/____/_____
presso l'Università di _____ con voto _____

- Specializzazione in _____ conseguita il ____/____/_____
presso l'Università di _____

4. di essere iscritto/a all'Albo professionale _____ della
Provincia di _____ dal ____/____/____ n° _____

5. di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 2 ACN del 07/02/2024

ovvero

di impegnarsi a rimuovere la seguente situazione di incompatibilità _____ prima del conferimento dell'incarico.

Il sottoscritto, altresì:

☐ autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679 nonché della normativa interna in materia di privacy.

Allega documento di identità in corso di validità e Curriculum Vitae in formato europeo

Data __/ __/ ____/

Firma_____