**Al Direttore Generale**

**Istituti Fisioterapici Ospitalieri**

**Via Elio Chianesi 53**

**00144 Roma**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso a partecipare all’Avviso pubblico per titoli e colloquio per per la copertura a tempo determinato di un posto di Dirigente Amministrativo da assegnare alla UOSD Servizio Amministrativo della Ricerca per la durata di un anno, eventualmente prorogabile, nelle more dell’assunzione in ruolo tramite concorso pubblico.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del citato DPR nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità dichiara:

* di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**oppure**

* di non essere iscritto/a nelle liste elettorali o di essere cancellato/a dalle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per i seguenti motivi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di non aver subito condanne penali

**oppure**

* di aver riportato le seguenti condanne penali\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di leva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di esser fisicamente idoneo all’impiego;
* di essere in possesso dei seguenti titoli di studio
  + titolo di studio …………………………………………………………………………

conseguito presso …………………………………………………….

il ………………………..……………

* specializzazione ……………………………………………………………………..

conseguita presso …………………………………………………….

il ………………………..……………

* + master universitario …………………………………………………………………………

conseguito presso …………………………………………………….

il ………………………..……………

* di non essere stato/a destituito/a dall’impiego ovvero licenziato da una Pubblica Amministrazione;
* di aver prestato o di prestare i seguenti servizi alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni di cui all’allegato “1.A” parte integrante e sostanziale della presente domanda
* di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto a riserva del posto, ovvero a precedenza o preferenza nell’assunzione:

…………………………………………………………………………………

* di produrre il curriculum formativo e professionale di cui all’allegato “1.B” (sezioni curriculum, e partecipazione a eventi formativi) parte integrante e sostanziale della presente domanda;
* di produrre l’elenco delle pubblicazioni e titoli scientifici di cui all’allegato “1.C”, parte integrante e sostanziale della presente domanda;
* di eleggere il seguente domicilio presso cui dovrà effettuata ogni eventuale comunicazione, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonerando gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità:

presso …………………………………………………………………………

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a autorizza gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente nell’ambito dello svolgimento della procedura ai sensi del D.Lgs.vo 196/2003.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_