

MODULO "A"

Al Commissario
Dell'ASP di Palermo

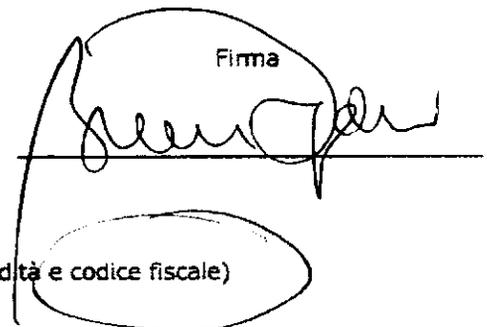
Oggetto: Concorso pubblico, Stabilizzazione Dirigente Ab
di OSTIA

Il sottoscritto PINZANO ROSSO nato a PALERMO
il 20/9/63 residente a PALERMO viale PIEDONTE, 55
n. 55, tel. 347.5562812, nominato in qualità di COMPONENTE
(specificare, presidente/componente/segretario)

del concorso di cui in oggetto, consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 del DPR n. 445/2000 per mendaci dichiarazioni e falso in atto, Dichiaro sotto la propria responsabilità, ai sensi del citato DPR n. 445/2000:

- di essere dipendente a tempo indeterminato, in qualità di DR. MED I RUEL - disciplina di OST/GU presso: CSP INGRESSA
- di non essere dirigente medico dipendente di università;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità con i candidati del concorso in argomento, ai sensi degli art. 51 e 52 del codice di procedura civile in quanto applicabili;
- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 35, comma 3 lett. e) del D.L.vo 165/01 e s.m.i.;
- di impegnarsi, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso della procedura concorsuale che facciano venire meno il proprio diritto alla partecipazione ai lavori della Commissione;
- di non aver subito condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale; e di impegnarsi altresì a comunicare per iscritto al Presidente della Commissione Esaminatrice, entro il termine massimo di 48 ore da quando ne avrà conoscenza, qualsiasi variazione della situazione di cui alla presente dichiarazione, così come previsto dall'art. 35 bis, comma 1 lett. a) del D. L.vo n. 165/2001 e s.m.i.;
- di avere inviato il proprio curriculum alla casella di posta elettronica:
mobilita@asppalermo.org;
- di consegnare al Segretario della Commissione Esaminatrice l'autorizzazione ai sensi dell'art. 53 comma 8 del D.L.vo n. 165/2001 e s.m.i. a partecipare ai lavori della Commissione Esaminatrice del concorso in questione, rilasciato dalle Amministrazioni di appartenenza (sbarrare con una "x" solo per i Presidenti o i Componenti dipendenti da altre Aziende Sanitarie).

Data 9/7/18

Firma


(Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale)