

DOMANDA DI CONCORSO

**Al Sig. Presidente
dell' ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Isernia**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico per

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15), pena l'esclusione dal concorso, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente in _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere in possesso della cittadinanza _____ (italiana o di Stato appartenente all'Unione europea);
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (se non iscritto/a indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste); se cittadino di uno dei paesi dell'U.E., di godere dei diritti civili e politici dello Stato di appartenenza o di provenienza, ovvero _____;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti (in caso contrario indicare le eventuali condanne penali riportate e gli eventuali carichi pendenti);
- di essere in possesso del diploma di _____ conseguito presso l'istituto _____ in data _____;
- di essere, nei riguardi degli obblighi militari di leva, nella posizione _____;
- di avere diritto ai seguenti titoli di preferenza o precedenza, ex art. 5 DPR n. 487 del 9.5.1994, _____;
- di non avere precedentemente prestato servizio presso pubbliche amministrazioni ovvero i servizi prestati e le eventuali cause di risoluzione _____;
- di possedere (se cittadino di un paese dell'U.E.) adeguata conoscenza della lingua italiana.

Il/La sottoscritto/a dichiara, infine, di aver preso visione del relativo bando di concorso e di accettare tutte le condizioni in esso stabilite.

Il/la sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa al presente concorso sia inviata con la seguente intestazione e indirizzo impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'ente non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario:

(indirizzo comprensivo del numero di codice di avviamento postale)

recapito telefonico _____

FIRMA

.....

Luogo e data

**ORDINE PROVINCIALE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
di Isernia**

Il sottoscritto _____ incaricato,
ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il/la
Sig./ra _____ identificato a mezzo di
_____ ha sottoscritto in sua presenza
l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....