



All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale  
 Direzione Centrale Risorse Umane  
 Casella Postale n. 72  
 00144 - Roma

**ALLEGATO " 1 "**

SPAZIO RISERVATO ALL'ISTITUTO

SPAZIO RISERVATO ALL'ISTITUTO

**CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER L' ASSEGNAZIONE DI 12 INCARICHI  
 DI DIRIGENTE MEDICO DI SECONDO LIVELLO DELL' AREA MEDICO LEGALE DELL' INPS**

*(SCRIVERE A CARATTERE STAMPATELLO E BARRARE LE CASELLE CHE INTERESSANO)*

Il/la sottoscritto/a CHIEDE di partecipare al concorso, per titoli e colloquio, per l' assegnazione di 12 incarichi di dirigente medico di secondo livello dell' area medico legale. A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole che le dichiarazioni rese e sottoscritte nella presente domanda hanno valore di autocertificazione e che nel caso di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, si applicano le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, DICHIARA:

COGNOME..... sesso:  M  F

NOME.....

DATA DI NASCITA ...../...../19..... COMUNE DI NASCITA .....

PROV. O STATO ESTERO DI NASCITA ..... CODICE FISCALE .....

RESIDENTE IN (VIA/PIAZZA) ..... LUOGO .....

PROV. .... C.A.P. .... STATO CIVILE .....

EVENTUALE RECAPITO TELEFONICO .....

EMAIL (FACOLTATIVA) .....

**DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RECAPITO DIVERSO DALL'INDIRIZZO DI RESIDENZA**

RECAPITO PER LE  
 COMUNICAZIONI

Il/la sottoscritto/a chiede che le comunicazioni relative al concorso vengano inviate al seguente indirizzo: (via/piazza) .....  
 luogo ..... prov. .... C.A.P. ....  
 presso .....  
 eventuale recapito telefonico .....  
 email (facoltativa) .....

CITTADINANZA E DIRITTI POLITICI	<input type="checkbox"/> di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero della cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea ..... <input type="checkbox"/> di godere dei diritti politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di: ..... <i>indicare il motivo della eventuale cancellazione o mancata iscrizione</i> .....
---------------------------------	--

TITOLI DI STUDIO E SPECIALIZZAZIONE	di essere in possesso del seguente diploma di laurea in medicina e chirurgia: ..... conseguito nell'anno: ..... presso: ..... indirizzo ..... città ..... <input type="checkbox"/> di essere in possesso del diploma di specializzazione in..... allegato alla presente domanda. <input type="checkbox"/> di essere iscritto all'albo professionale dei medici di ..... dal .....
-------------------------------------	---

ANZIANITA' DI SERVIZIO PRESSO LA P. A.	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di un'anzianità di servizio nelle P.A. di cui agli artt. 1 e 3 del D.lgs 165/2001 di anni ..... nella disciplina ..... e di diploma di specializzazione in ..... <input type="checkbox"/> di essere in possesso di un'anzianità di servizio nelle P.A. di cui agli artt. 1 e 3 del D.lgs 165/2001 di anni ..... nella disciplina ..... <input type="checkbox"/> di prestare servizio presso una delle seguenti P. A. di cui agli artt. 1 e 3 del D.lgs 165/2001.....
--	---

CONDIZIONI IDONEITA' IMPIEGO	<input type="checkbox"/> di non essere decaduto, destituito, dispensato o licenziato da impieghi pubblici ( <i>in caso affermativo specificare nelle note</i> ) <input type="checkbox"/> di essere fisicamente idoneo all'impiego <input type="checkbox"/> di essere in regola con le norme relative agli obblighi militari ( <i>in caso affermativo specificare nelle note</i> ) <input type="checkbox"/> di non avere condanne penali o procedimenti penali pendenti ( <i>in caso affermativo specificare nelle note</i> )
------------------------------	---

RISERVA POSTI E TITOLI PREFERENZA	<input type="checkbox"/> di essere in possesso dei seguenti titoli di preferenza a parità di merito previsti dall'art. 5, comma 4, del decreto del Presidente della Repubblica del 9/5/1994, n. 487 e successive modificazioni: ..... ..... .....
-----------------------------------	---

HANDICAP	<p><input type="checkbox"/> di essere portatore di handicap ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e che, pertanto necessita di assistenza e/o di eventuali tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove d'esame  <i>(indicare, in tal caso, il tipo di ausilio necessario in relazione al proprio handicap e l'eventuale richiesta di tempi aggiuntivi, allegando alla presente istanza apposita certificazione medica)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
----------	--

<p><input type="checkbox"/> di allegare i documenti di cui al punto a), b), c) e d) dell'art. 3 del bando di concorso.</p>
--

NOTE	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
DATI PERSONALI	<p>L'INPS è autorizzato ad utilizzare i dati personali forniti per le finalità di gestione del concorso. I medesimi dati possono essere comunicati a soggetti terzi che forniscono specifici servizi di elaborazione di dati strumentali allo svolgimento della procedura stessa ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.</p>

.....  
 (luogo e data)

.....  
 (firma)