



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PISA**

Via Battelli 5 - 56127 Pisa
tel. 050.579714 - fax. 050.7912044
www.omceopi.org – segreteria@omceopi.org
P.E.C. segreteria.pi@pec.omceo.it

Spett.le
OMCeO Pisa
PEC: segreteria.pi@pec.omceo.it

Oggetto: Domanda di partecipazione procedura comparativa per progressione economica orizzontale nell'ambito della categoria ASSISTENTE

Termine per la presentazione delle domande ore 12,00 del 31 agosto 2023

I sottoscritt _____ nat_a _____ Prov. (_____)
il _____ C.F. _____ e residente
_____ a Prov. (_____) in
via/piazza , _____ indirizzo
pec _____

C H I E D E

Di essere ammesso/a alla procedura in oggetto e a tal fine consapevole della decadenza dai benefici e della responsabilità penale, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e successive modificazioni, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso di atti falsi,

D I C H I A R A

1. di essere in servizio a tempo indeterminato presso l'OMCeO della provincia di Pisa nella categoria _____ dal _____;

2. di trovarsi nella seguente situazione con riferimento ai provvedimenti disciplinari:

3. di aver prestato servizio alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni di cui all'art.1, comma 2, D.lgs. n.165/2001, eccedenti il periodo minimo richiesto per l'ammissione, come di seguito indicato:

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Pisa

Via Battelli, 5 – 56127 Pisa – tel 050.579714 - fax 050.7912044
www.omceopi.org - e-mail: segreteria@omceopi.org - Posta Elettronica Certificata: segreteria.pi@pec.omceo.it
Codice Fiscale 80003870500



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PISA**

Via Battelli 5 - 56127 Pisa
tel. 050.579714 - fax. 050.7912044
www.omceopi.org – segreteria@omceopi.org
P.E.C. segreteria.pi@pec.omceo.it

4. di aver seguito nell'ultimo biennio i seguenti corsi di formazione, validamente conclusi con attestato:

1) Titolo _____ del
corso _____

Ente/società di formazione _____ con attestato
rilasciato il _____

2) Titolo _____ del
corso _____

Ente/società _____ di _____ formazione
_____ con attestato
rilasciato il _____

.....

7. Di accettare tutte le condizioni previste dall'Avviso e prende atto che i dati personali conferiti saranno trattati secondo le modalità indicate all'art. 8 dello stesso.

Data

Firma

Allegati:

- Documento di identità