

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE A CONCORSO PUBBLICO

AL DIRETTORE GENERALE
A.S.L. N. 3 "GENOVESE"

Il/La sottoscritto/a (*Cognome*) _____ (*Nome*) _____

Nato/a a (*Città*) _____ (*Prov*) _____ il _____

chiede di essere ammesso al Concorso pubblico, per titoli ed esami, riservato agli aventi diritto al collocamento obbligatorio al lavoro ai sensi art. 1 della legge n. 68/1999, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario – Tecnico di Neurofisiopatologia categoria D, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. ____ del _____.

A TAL FINE, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 D.P.R. N. 445/2000

NEI CASI DI FALSITA' IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA

RESPONSABILITA':

1. di essere residente in (*Città*) _____ (*Prov*) _____ (*indirizzo*) _____

n. _____ CAP _____;

2. di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Azienda da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del sottoindicato domicilio eletto per ricevere ogni comunicazione relativa al presente concorso:

(*Città*) _____ (*Prov*) _____ (*indirizzo*) _____

n. _____ CAP _____ Telefono _____ e – mail _____;

3. di essere in possesso della cittadinanza _____;

4. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di (*o Stato estero*) _____;

5. di NON avere riportato condanne penali e di NON avere carichi pendenti; (*oppure compilare il punto 6*)

6. di aver riportato le seguenti condanne penali e / o carichi pendenti ¹ _____;
 7. di essere in possesso del Diploma di Laurea ² in _____ classe _____ conseguito presso _____ di _____ il _____;
 8. di essere iscritto/a negli elenchi dei disabili disoccupati nel Centro per l'Impiego della Provincia di _____ (indicare provincia di iscrizione e percentuale di invalidità posseduta che deve essere superiore al 45%);
 9. di trovarsi, relativamente agli obblighi di leva, nella seguente posizione: _____;
 10. di avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni; (*oppure scegliere il punto 12*) ³
 11. di NON avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
 12. di scegliere, in caso di idoneità a sostenere la prova orale, la seguente lingua straniera: _____;
 13. di avere diritto alla riserva del posto, in caso di idoneità, in quanto: _____;
 14. di essere in possesso dei seguenti titoli che conferiscono diritto di preferenza a parità di punteggio:
_____;
 15. di essere portatore di Handicap ai sensi dell'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e, pertanto, di avere necessità, nel corso dello svolgimento delle prove, dei seguenti tempi aggiuntivi _____ nonché dei seguenti ausili _____;
- (da compilare in caso di cittadinanza diversa da quella italiana, ai sensi del DPCM 7.2.1991, n. 174)*
16. di godere dei diritti civili e politici nello Stato di _____;
 17. di essere in possesso degli altri requisiti previsti dal bando per i cittadini della Repubblica Italiana;
 18. di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana.

¹ Indicare titolo del reato e numero di iscrizione a ruolo – CONDANNE E CARICHI RIPORTATI SONO DA INDICARSI COMUNQUE, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale, sospensione della pena, beneficio della non menzione, etc...

² Per i titoli di studio conseguiti all'estero indicare gli estremi del Decreto Ministeriale di riconoscimento.

³ Certificare all'interno del curriculum vitae, fornendo tutti i dati necessari così come indicato al punto 7) del bando

Dichiara, infine, di essere informato/a che:

- in caso di assunzione in condizioni di particolare necessità e urgenza la comunicazione dell'assunzione gli potrà essere data, oltre che mediante lettera raccomandata A/R, tramite messaggio di posta elettronica o altro strumento ritenuto idoneo dall'Azienda.

Allega:

- ❖ curriculum formativo e professionale datato e firmato; (*vedere bando al paragrafo "MODALITA' GENERALI PER IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE"*)
- ❖ elenco datato e firmato dei documenti e titoli presentati, numerati progressivamente in relazione al corrispondente titolo;
- ❖ **fotocopia fronte / retro di valido documento di identità.**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A AUTORIZZA, AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003, CODESTA AZIENDA AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI, FINALIZZATO ALL'ESPLETAMENTO DELLA PRESENTE PROCEDURA CONCORSUALE E DICHIARA DI CONOSCERE ESPLICITAMENTE TUTTE LE CLAUSOLE DEL RELATIVO BANDO.

Luogo

Data

Firma ⁴

⁴ Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 445/2000, la firma non è soggetta ad autenticazione.

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto _____,

nato a _____ il _____ e residente in _____,

Via _____,

a conoscenza delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (riportato per esteso nel bando di concorso pubblico, relativo alla procedura in argomento),

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità

Di essere in possesso del seguente titolo di studio:

conseguito in data _____ presso _____ con la seguente votazione _____

Di essere in possesso dell'abilitazione allo svolgimento della professione di:

ottenuta in data _____ presso _____

Di aver partecipato ai seguenti Corsi di Formazione e di Aggiornamento professionale qualificanti ed attinenti al posto da ricoprire:

titolo del corso _____

dal _____ al _____

presso _____

n. ore _____

ovvero n. giorni _____

ovvero n. crediti ECM _____

con superamento di esame finale _____

punteggio /valutazione esame finale _____ su _____

(spazio libero per eventuali altre dichiarazioni)

Genova,

Firma del dichiarante

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto _____,

nato a _____ il _____ e residente in _____,

Via _____,

a conoscenza delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (riportato per esteso nel bando di concorso pubblico, relativo alla procedura in argomento),

DICHIARA
Sotto la propria responsabilità

Di aver prestato attività professionale con rapporto di lavoro subordinato:

presso (Azienda Sanitaria – Ospedaliera – P.A.)
di (località) _____ (indirizzo) _____
nel profilo professionale/mansione _____
disciplina: _____
dal _____ al _____ (indicare causa di cessazione)
con rapporto di lavoro a tempo determinato/indeterminato
tipologia pieno/ parziale _____ % per ore _____ settimanali

di aver svolto le seguenti attività professionali con rapporto di lavoro diverso da quello subordinato

presso (Azienda Sanitaria – Ospedaliera – P.A.)
di (località) _____ (indirizzo) _____
nel profilo professionale/mansione _____
disciplina: _____
tipo di rapporto di lavoro (libero professionale, autonomo, collaborazione, borsa di studio, ecc.)
per n. ore settimanali _____

Di aver svolto i seguenti incarichi di insegnamento conferiti da Enti Pubblici specifici rispetto al posto da ricoprire:

presso _____ materia di insegnamento _____ anno _____ ore _____

(spazio libero per eventuali altre dichiarazioni)

Genova, _____

Firma del dichiarante

ALLEGATO 4

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 19 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto _____,

nato a _____ il _____ e residente in _____,

Via _____,

a conoscenza delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (riportato per esteso nel bando di concorso pubblico, relativo alla procedura in argomento),

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità

Che le fotocopie allegate alla presente domanda, numerate da n. 1 a n. _____ sono conformi all'originale in suo possesso.

Genova, _____

Firma del dichiarante
