

ESENTE DA BOLLO
SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA
AL DIRETTORE GENERALE

Dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone"
C/O AREA RISORSE UMANE
Ufficio Concorsi
Via Enrico Toti, 76
90128 PALERMO

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (prov.
di ___) Il _____ e residente in
_____ (prov. di _____)
C.A.P. _____ Via _____ n. _____
tel. _____

C H I E D E

Di poter partecipare al Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per il conferimento di N. 1 Co.co.pro., della durata di mesi dodici, eventualmente rinnovabili, per Laureato in Psicologia, pertinente la realizzazione della linea progettuale 11.2 "Creazione rete multidisciplinare specialisti - trattamento delle neoplasie ginecologiche con tecnologia robotica e messa in rete con centri regionali" - progetti obiettivo PSN 2013. Responsabile del progetto: Dott. Girolamo Guarneri, il cui bando è stato pubblicato sulla GURI n.56 del 15/07/2016

Ed al contempo dichiara:

- di essere cittadino Italiano;
- di essere (per i cittadini appartenenti a uno dei Paesi dell'Unione Europea, per i cittadini di uno stato extra U.E. con permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria, ai sensi dell'art. 7 della Legge 97/2013) cittadino/a dello Stato di _____;
- di avere ottima conoscenza della lingua italiana (i candidati non italiani

devono dichiarare di avere conoscenza della lingua italiana, adeguata allo svolgimento delle prove concorsuali, da accertarsi durante il colloquio di selezione)_____

- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di

- di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo_____

- di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso.

- di avere subito le seguenti condanne penali:_____

- di avere i seguenti procedimenti penali in corso_____

- di essere in possesso del seguente titolo di studio_____ conseguito presso_____ il

- di essere iscritto all'albo di_____ dal_____

—

- di possedere il seguente titolo preferenziale previsto all'art. 5 del bando_____

- di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione

- di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al

posto messo a concorso

- di non avere avuto un giudizio negativo dell' A.O.U.P. in precedenti rapporti
lavorativi

-di appartenere a categorie con diritto a preferenze o precedenza ai sensi
della normativa
vigente:_____

-di accettare esplicitamente ed integralmente il giudizio insindacabile della
commissione esaminatrice

- di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi
della Legge 196/2003

- di avere conoscenza di elementi di informatica

- di scegliere, per la relativa valutazione, la seguente lingua straniera (inglese,
francese)_____

-che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al
seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive
variazioni:

COGNOME_____

NOME_____

Via/Piazza_____

n. _____ **C.A.P.** _____

Citta _____ **Prov.** _____

Tel._____

Che il curriculum allegato alla presente istanza, composto da N. _____
pagine, corrisponde esattamente a quanto in esso dichiarato.

Di allegare i seguenti documenti:

Che la sottoscrizione in calce alla presente domanda comporta la totale adesione ed accettazione di tutto quanto contemplato nel bando.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali possono essere trattati, nel rispetto della Legge n. 196/2003, per gli adempimenti connessi al presente concorso.

D a t a _ _ _ _ _

Firma _____

PARTE RISERVATA AI PORTATORI DI HANDICAP

(si intendono portatori di handicap, solo i soggetti riconosciuti tali a seguito di accertamenti effettuati dalle Aziende unità sanitarie locali, mediante le commissioni mediche di cui all'art. 4 della legge 104/92).

Dichiara di essere portatore di handicap ai sensi della legge 104/92 e di avere necessità dei seguenti ausili _____

_____,
ovvero dei seguenti tempi aggiuntivi _____

in sede di esame in relazione allo specifico handicap _____

Data _____

Firma
