

Al Direttore Generale
ASST della Valcamonica
Via Nissolina, 2
25043 BRENO (Bs)

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....
il.....residente a.....in Via/P.zza.....
Codice Fiscale.....c.a.p..... tel.....
Email.....

C H I E D E

di essere ammesso al concorso pubblico, per titoli ed esami, per n. 2 posti di :

COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – EDUCATORE PROFESSIONALE – CATEGORIA D.

All'uopo sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R.n.445/2000, dichiara:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero di avere la cittadinanza in uno degli Stati Membri dell'Unione Europea o equiparazioni stabilite dalle leggi;
- di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di..... (nel caso di non iscrizione indicarne il motivo.....);
- di aver/non aver riportato condanne penali (in caso affermativo indicare le condanne penali riportate.....);
- di avere/non avere procedimenti penali in corso (in caso affermativo indicare li procedimenti pendenti.....);
- di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di leva
.....;
- di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio richiesto dal bando quale requisito di ammissione.....;
- di aver/non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni (indicare le eventuali cause di risoluzione del rapporto):
dal.....al.....qualifica.....presso.....
.....;
dal.....al.....qualifica.....presso.....
.....;
dal.....al.....qualifica.....presso.....

-;
- di non essere incorso nella destituzione, dispensa o decadenza da precedenti impieghi presso Pubbliche amministrazioni;
 - di indicare, per l'accertamento previsto dal bando, la seguente lingua straniera: inglese/francese (depenare la lingua non scelta);
 - di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto a riserva, precedenza o preferenza nell'assunzione.....;
 - di necessitare/non necessitare, in quanto portatore di handicap, del seguenti ausili e tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove concorsuali:
.....;
 - di acconsentire, ai sensi del D.Lgs n.196/2003, al trattamento dei dati personali al fine dello svolgimento delle procedure connesse al concorso in oggetto;
 - di eleggere il seguente domicilio presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa alla presente domanda:
Via..... c.a.p.....
Città.....Provincia.....tel.....
Email.....

Data,

Firma.....

Nota: Se la presente istanza non è sottoscritta davanti al dipendente addetto all'ufficio concorsi, deve essere allegata fotocopia del documento di identità in forma semplice pena esclusione dal concorso).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Io sottoscritto/a.....

nato/a a.....il.....

residente a.....

Via.....nr.....

consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal D.P.R.28.12.2000, nr.445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARO

- di essere in possesso del titolo di studio di:

1.diploma di:.....conseguito il:.....

presso:.....con punteggio:.....

2.diploma di:.....conseguito il:.....

presso:.....con punteggio:.....

- di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di specializzazione o altro:

1.titolo:.....conseguito il:.....

presso:.....

....., il.....
(luogo) (data)

.....
(il/la dichiarante)

Informativa ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003 n.196 i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura concorsuale.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Io sottoscritto/a.....

nato/a a.....il.....

residente a.....

Via.....nr.....

consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal D.P.R.28.12.2000, nr.445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia:

D I C H I A R A

■ di aver prestato/di prestare i sottotati servizi presso:

denominazione Ente:.....

(indicare se Ente Pubblico o istituto accreditato o istituto privato convenzionato).

qualifica.....

■ tempo pieno dal.....al.....

■ tempo parziale (n° ore settimanali.....) dal.....al.....

denominazione Ente:.....

(indicare se Ente Pubblico o istituto accreditato o istituto privato convenzionato).

qualifica.....

■ tempo pieno dal.....al.....

■ tempo parziale (n° ore settimanali.....) dal.....al.....

denominazione Ente:.....

(indicare se Ente Pubblico o istituto accreditato o istituto privato convenzionato).

qualifica.....

■ tempo pieno dal.....al.....

■ tempo parziale (n° ore settimanali.....) dal.....al.....

DICHIARO, inoltre, che per i suddetti servizi non ricorrono le condizioni di cui all'art.46 del D.P.R.20.12.1979, n.761.

....., il.....
(luogo) (data)

.....
(il/la dichiarante)

