

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.....
c.a.p..... tel.....Codice fiscale.....
Indirizzo di Posta Elettronica (non PEC).....

C H I E D E

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di **n. 04 posti di Operatore Socio Sanitario – cat. Bs)** con scadenza **25/06/2018**.

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

- 1) di essere in possesso della cittadinanza italiana,
 di avere la cittadinanza in uno degli Stati Membri dell'Unione Europea _____;
 di essere cittadino di uno dei Paesi dell'Unione Europea e i loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro purché siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente _____;
 di essere cittadino di Paesi terzi che siano titolari di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (art. 9 del D.Lgs. 286/98) _____;
 di essere cittadino di Paesi terzi che siano titolari dello status di rifugiato _____;
 di essere cittadino di Paesi terzi che siano titolari dello status di protezione sussidiaria _____;
- 2) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____;
- 3) di non aver subito condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
 di aver subito le seguenti condanne penali: _____;
 di aver i seguenti procedimenti penali in corso _____;
- 4) di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
conseguito il _____ (gg/mm/aa) presso _____;
- 5) di essere nei riguardi del servizio militare di leva:
 dispensato; riformato;
 con servizio svolto in qualità di _____
dal (gg./mm./aa.) _____ al (gg./mm./aa.) _____ presso _____;

- 6) di avere svolto e concluso il Servizio Civile Volontario presso:
_____ sito in _____
(denominazione Ente) (indirizzo completo - c.a.p. - provincia)
dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) all'interno del
progetto _____;
- 7) di aver/non aver prestato servizio come da autocertificazione allegata;
- 8) di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso;
- 9) di non essere incorso nella destituzione, dispensa o decadenza da precedenti impieghi presso Pubbliche amministrazioni;
- 10) di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto a riserva, precedenza o preferenza nell'assunzione . _____;
- 11) di necessitare, in quanto portatore di handicap, dei seguenti ausili e tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove concorsuali: _____;
 di non necessitare di alcun tipo di ausilio e/o tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove concorsuali;
- 12) di volere partecipare in qualità di riservatario ai sensi dell'art.1014, comma 3 e 4, e dell'art. 678, comma 9, del D.Lgs. 66/2010: _____;
- 13) di volere partecipare in qualità di riservatario ai sensi dell'art.35 comma 3-bis del D.Lgs. n.165/2001: _____;
- 14) 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;
- 15) di accettare, senza riserve, tutte le prescrizioni e precisazioni indicate nel bando, nonché quelle che disciplinano o disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale delle aziende sanitarie;
- 16) di voler ricevere ogni comunicazione relativa alla presente domanda all'indirizzo di residenza di cui sopra
oppure:
 al seguente indirizzo: Via _____ c.a.p _____
Città _____ Provincia _____;
oppure:
 al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC): _____.

Firma

Data, _____

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 DPR 28.12.2000, n.445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia:

DICHIARA

- di aver prestato/di prestare servizio presso:

a) denominazione Ente:.....
(indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato).
Qualifica.....
tipologia del rapporto
(indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).
 tempo pieno dal.....al.....
 tempo parziale (n° ore settimanali.....) dal.....al.....

b) denominazione Ente:.....
(indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato)
Qualifica.....
tipologia del rapporto
(indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).
 tempo pieno dal.....al.....
 tempo parziale (n° ore settimanali.....) dal.....al.....

Dichiaro, inoltre, che per i suddetti servizi a rapporto di lavoro subordinato con il SSN non ricorrono le condizioni di cui all'art.46 del D.P.R.20.12.1979, n.761.

....., il.....
(luogo) (data) (il/la dichiarante)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art.47 D.P.R. 28.12.2000, nr.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 O

che le copie dei documenti sotto elencati ed allegati, sono conformi agli originali:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

....., 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.