

SCHEMA DOMANDA

(I dati devono essere leggibili)

All'Azienda Sociosanitaria
Locale n. 4
Via G.B. Ghio 9
16043 Chiavari – GE-

...I... sottoscritt
(cognome e nome) nat... il/...../..... a provincia
(...) chiede di partecipare al concorso/avviso pubblico per la copertura di n.....posti di
.....

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali in cui incorrerebbe in caso di dichiarazioni false, ai sensi artt. 46 e 47 DPR 445/2000, che:

- a) è residente nel comune di (provincia di)
- b) è in possesso della seguente cittadinanza.....
- c) è iscritt..... nelle liste elettorali del comune di
- d) non ha riportato condanne penali /ha riportato le seguenti condanne penali
.....(cancellare l'ipotesi che non interessa);
- e) è in possesso del seguente titolo di studio:
.....conseguito il
presso.....
- f) È iscritto all'albo del Collegio Professionale provinciale din.
dal
- g) di aver effettuato il servizio militare di leva oppure servizio civile dal
al..... ovvero di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di
leva.....;

(per i soggetti nati entro il 1985)

- h) di essere coniugato non coniugato indicare il numero dei figli
- i) di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni/oppure di aver prestato presso Pubbliche Amministrazioni i servizi che risultano dal curriculum allegato (cancellare l'ipotesi che non interessa);
- j) in caso di servizi prestati presso P.A.: di essere stato / di non essere stato dispensato dall'impiego presso PP.AA. (cancellare l'ipotesi che non interessa);
- k) è in possesso dei titoli che danno diritto ad usufruire di riserve/precedenze /preferenze
.....
- l) intende sostenere il prescritto colloquio nella lingua straniera, in una a scelta tra le seguenti: inglese, francese, spagnolo:
- m) ha preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di concorso:
- n) è a conoscenza, come risulta dal bando di concorso, che il calendario delle prove d'esame e/o dell'eventuale prova preselettiva potrà essere pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale - 4^a serie speciale

concorsi ed esami – sezione Diari, almeno 15 gg. prima dello svolgimento della prova scritta o preselettiva, senza invio di comunicazione al domicilio;

o) è portatore di handicap e pertanto ha la necessità di tempi aggiuntivi per sostenere le prova d'esame..... nonchè dell'utilizzo dei seguenti ausili

(da compilare a cura dei candidati portatori di handicap ai sensi della Legge 05.02.1992 n. 104)

Il/la sottoscritt_ dichiara altresì di autorizzare l'Azienda Sanitaria al trattamento dei propri dati personali, finalizzati all'espletamento della procedura in argomento, nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento U.E. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/4/2016.

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga inviata al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconosce che l'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario:

Indirizzo via

Città(comprensivo del CAP)

Recapito telefonico

Allegati:

- 1) Curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- 2) Ricevuta del versamento della tassa di concorso di €.10,00;
- 3) Elenco dei documenti eventualmente allegati, datato e firmato;
- 4) Fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.

Luogo e data

Firma

.....