

**AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA
Via Ravona n. 20
22042 - SAN FERMO DELLA BATTAGLIA (CO) -**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. di _____)
il _____ **e residente in** _____
_____ (prov. di _____) **C.A.P.** _____
Via _____ **n.** _____ **Tel.** _____

CHIEDE

di poter partecipare al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. ____ post __ di _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

- 1.** di essere in possesso della cittadinanza italiana
 di essere in possesso della cittadinanza del seguente Stato appartenente alla CE _____
 di essere in possesso della cittadinanza dello Stato di _____
 titolare del diritto / permesso di _____
 titolare dello status di rifugiato
 titolare dello status di protezione sussidiaria
- 2.** per i cittadini italiani:
 di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____
per i cittadini degli altri Paesi:
 di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza
ovvero (specificare i motivi in caso negativo) _____
- 3.** 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 _____
presso il Tribunale di _____
- 4.** di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

conseguito presso _____ il _____

conseguito presso _____ il _____
- 5.** di essere iscritto/a all'albo professionale _____ di _____ al n. _____
- 6.** di aver prestato i servizi come specificati nella dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata alla presente domanda la quale costituisce parte integrante della stessa
- 7.** di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni o licenziato/a a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo contratto collettivo

8. di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso
9. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione _____

10. di appartenere a categorie con diritto a riserve o a preferenze ai sensi della normativa statale _____

11. di appartenere a categorie con diritto alla riserva prevista dalla Legge 13.03.1999 n. 68, di trovarsi in stato di disoccupazione, ai sensi dell'art. 8, comma 2, e di essere iscritto nello specifico elenco istituito presso l'Ufficio competente di _____
via _____ n. _____
12. che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a, dichiara di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente concorso pubblico.

Il/la sottoscritto/a, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196 e dal Regolamento UE 2016/679 del 27.04.2016 (GDPR - General Data Protection Regulation).

Il/la sottoscritto/a, chiede, infine, che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni, ed esonera l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità:

via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Città _____ (Prov. di _____)

PEC o CEC – PAC (intestata al sottoscritto) _____

Il/la sottoscritto/a avendo indicato l'indirizzo di PEC o CEC – PAC accetta che lo stesso diventi il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana.

Data _____

FIRMA

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DEGLI ARTT. 38 E 39 D.P.R. 28.12.2000, N. 445

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____
rilasciato il _____ da _____