

FAC-SIMILE DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO IN CARTA LIBERA (SCRIVERE A MACCHINA O A CARATTERE STAMPATELLO)

DA INVIARE ALL'ORDINE:

TRAMITE PROPRIA PEC

Al Consiglio

dell'Ordine Provinciale dei Medici

Chirurghi e degli Odontoiatri di Udine

segreteria.ud@pec.omceo.it

OPPURE TRAMITE RACCOMANDATA A.R. O A MANO

Al Consiglio Direttivo

dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi

e degli Odontoiatri di Udine

Viale A. Diaz n. 30

33100 Udine

Il/La sottoscritto/a .....

CHIEDE:

di essere ammesso/a al concorso pubblico, per titoli ed esami, per il reclutamento di n°1 unità di personale di Area Funzionale "B" - posizione economica "B2" - a tempo indeterminato – profilo professionale di "Assistente di amministrazione".

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- di essere nato/a ..... Prov. .... il .....
- di essere residente a ..... Prov..... Via ..... n. .... telefono ..... cell. ....
- PEC ..... e-mail .....
  
- di (barrare la casella che interessa):

essere cittadino italiano

essere cittadino/a dello Stato .....  
secondo le norme richiamate all'art.2 del bando

- di essere iscritto negli elenchi elettorali del Comune di .....

in caso di mancata iscrizione indicarne i motivi: .....

- di godere dei diritti civili e politici in caso di mancato godimento indicarne i motivi:  
.....  
.....

- di essere in possesso del seguente titolo di studio di durata quinquennale:  
.....  
.....conseguito presso .....

di.....

nell'Anno scolastico .....

in caso di possesso del titolo di studio di laurea, indicare:

-la disciplina .....

-la data conseguimento ..... la votazione .....

-l'Università degli Studi .....

- di possedere l' idoneità fisica all'impiego e alle mansioni proprie del profilo professionale oggetto del presente bando, fatte salve le eccezioni richiamate al precedente articolo 2

- di possedere adeguata conoscenza dell'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse

- di avere adeguata conoscenza dell'uso della lingua inglese (livello di autonomia secondo i parametri di classificazione previsti dal QCER)

- di (barrare la casella che interessa):

non aver riportato condanne penali

aver riportato le seguenti condanne penali (indicare la data della sentenza, l'Autorità che l'ha emessa ed il reato commesso; la dichiarazione va resa anche per le condanne condonate; vanno inoltre indicati i procedimenti penali per il quali sia intervenuta amnistia o perdono giudiziale, le eventuali condanne riportate anche a seguito di patteggiamenti, i decreti penali di condanna e comunque tutte le condanne che godono del beneficio della non menzione nel Casellario Giudiziale):  
.....  
.....

- di non essere mai stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione e di non essere mai stato dichiarato decaduto/a da altro impiego presso una

Pubblica Amministrazione per averlo conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile ai sensi dell'art. 127, comma 1, lettera d) del D.P.R. 10 gennaio 1957, n.3

- per i candidati di sesso maschile nati entro il 31 dicembre 1985 di essere in posizione regolare riguardo agli obblighi militari
- di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio e/o professionali (indicare con precisione da chi è stato rilasciato – Istituto, Ente o altro – l'oggetto, la natura, l'eventuale periodo e durata, la valutazione conseguita ed ogni altro elemento considerato utile dal candidato):

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

- di voler ricevere tutte le comunicazioni relative al concorso al seguente indirizzo:

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

- di essere/non essere in possesso di eventuali titoli di preferenza di cui ai commi 4 e 5 dell'art 5 del Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 1994, n. 487, ed eventuali figli a carico. (La documentazione relativa a tale possesso dovrà essere presentata contestualmente alla domanda, salve le ipotesi di cui agli artt. 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 445/2000):

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

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Udine da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario
- di autorizzare il trattamento dei dati personali per le finalità legate alla procedura concorsuale, ai sensi del Regolamento UE 679/2016;
- di aver preso visione del bando di concorso e di accettare tutte le clausole in esso contenute;

Il/La sottoscritto/a richiede i seguenti benefici previsti dalla L. 104/92 e a tal fine allega certificazione relativa all'handicap:

-----  
-----

(detta dichiarazione deve essere effettuata unicamente da coloro che intendono usufruire dei benefici di cui all'art. 20 della Legge 104/92, al fine di partecipare in condizioni di parità con gli altri candidati; il candidato disabile indichi le eventuali speciali modalità necessarie per lo svolgimento della prova d'esame).

Il/La sottoscritto/a è consapevole che tutto ciò che è stato dichiarato nel presente modulo di domanda ha valore:

- di dichiarazione sostitutiva di certificazione, in relazione agli stati, qualità personali e fatti elencati nell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,
- di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, in relazione a stati, qualità personali e fatti che sono di sua diretta conoscenza, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il/La sottoscritto/a in conformità a quanto previsto dall'art. 38, comma3, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

- allega copia fotostatica fronte retro non autenticata di un documento di identità personale in corso di validità.
- allega curriculum vitae dettagliato in formato europeo.

Tali dichiarazioni sono rese nella consapevolezza delle responsabilità penali cui il/la sottoscritto/a può andare incontro in caso di dichiarazioni false, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Luogo ..... Data .....

---

(Firma autografa non autenticata)