



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"

Ospedale "San Carlo" di Potenza - Ospedale "San Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza – Tel n. 0971 – 61 11 11

Codice fiscale e Partita IVA - 01186830764

Schema della domanda (in carta semplice)

AI DIRETTORE GENERALE
dell'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo"
Via Potito Petrone
85100 POTENZA

La/Il sottoscritt_ _____

ch i e d e

di essere ammess_ a partecipare al **concorso pubblico per titoli ed esami a n. 5 posti di Assistente Amministrativo – Cat. C, riservato ai beneficiari di cui all' art. 1 della Legge 68/99.**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole della sanzione della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in base ad una dichiarazione non veritiera nonchè delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del DPR n.445/2000 e ss.mm.ii.,

d i c h i a r a

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000:

- a) di essere nato/a _____ il _____;
- b) di essere cittadin_ italian_ ovvero di uno dei Paesi dell'Unione Europea _____, ovvero familiare di un cittadino di uno Stato Membro dell'U.E. in possesso del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
- c) di essere cittadino di Paese terzo (indicare il Paese) _____ e di essere in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o di essere in possesso dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria (depennare la parte che non interessa);
- d) di essere residente a _____ in Via _____ n. ___;
- e) di essere iscritt_ nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per il seguente motivo: _____;
- f) di non aver/ aver riportato le seguenti condanne penali: _____;
- g) per quanto riguarda gli obblighi militari, di avere la seguente posizione: _____;
- h) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- i) di essere in possesso del Diploma di _____ conseguito in data _____ presso l'Istituto _____;
- j) di appartenere alla categoria delle persone disabili di cui all'art. 1 della L. n. 68/1999;
- k) di essere iscritto/a negli elenchi di cui all'art. 8 della L. 68/1999 nella categoria dei disabili presso il servizio/centro per l'impiego di _____ dal _____ e di essere disoccupat_;
- l) di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche Amministrazioni:
dal _____ al _____ presso _____;
dal _____ al _____ presso _____;
- j) di aver diritto a eventuali preferenze o precedenza a parità di punteggio, ex art. 5 del DPR n. 487/1994: _____



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE “SAN CARLO”

Ospedale “San Carlo” di Potenza - Ospedale “San Francesco di Paola” di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza – Tel n. 0971 – 61 11 11

Codice fiscale e Partita IVA - 01186830764

- k) di scegliere la seguente lingua straniera oggetto della prova orale (barrare il quadratino corrispondente alla lingua straniera che si intende scegliere):
- l) inglese
 francese
 spagnolo
- m) di aver necessità, per lo svolgimento dell'esame, ex art. 20 della L. 104/1992:
 del seguente ausilio _____;
 di tempi aggiunti;
- n) di aver diritto a eventuali preferenze o precedenza a parità di punteggio, ex art. 5 del DPR n. 487/1994: _____;
- o) di essere invalido > 80% e quindi di essere esonerato dalla eventuale prova preselettiva;
- p) di accettare, avendone presa conoscenza, le norme e condizioni del presente bando anche con riferimento a quanto dichiarato all'art. 11 del bando in materia di Trattamento dei Dati Personali.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che l'Azienda procederà alla verifica delle autocertificazioni prodotte e alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria per le dichiarazioni mendaci.

 1 sottoscritt__ chiede che le comunicazioni relative al presente concorso siano effettuate al seguente indirizzo:

- Via _____
(in assenza di specifica indicazione le comunicazioni saranno effettuate al luogo di residenza)
- recapito telefonico/cellulare _____, email _____
pec: _____

Data _____

FIRMA

Alla presente domanda devono essere allegati:

1. copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
2. dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, come da fac-simile allegato 1;
3. curriculum datato e firmato, siglato in ogni pagina;
4. Ricevuta del versamento della tassa di partecipazione al concorso pubblico dell'importo di € 10,00 (dieci/00) – non rimborsabile, a favore dell'Azienda Ospedaliera Regionale “San Carlo” di Potenza;
5. ogni ulteriore documentazione utile ai fini della valutazione.
6. elenco datato e firmato dei documenti e titoli presentati, numerati progressivamente in relazione al corrispondente documento o titolo.



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"

Ospedale "San Carlo" di Potenza - Ospedale "San Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza – Tel n. 0971 – 61 11 11

Codice fiscale e Partita IVA - 01186830764

Allegato 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(artt. 46 e 47 del DPR n.445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritt _____, nat_ a _____, il _____ e residente in _____ (provincia di _____), Via _____ n.____, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.,

DICHIARA

di essere cittadin__ italian__, ovvero di essere cittadin__ di uno dei Paesi dell' Unione Europea: _____ ovvero familiare di un cittadino di uno Stato Membro dell'U.E. in possesso del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;

di essere cittadino di Paese terzo (indicare il Paese) _____ e di essere in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o di essere in possesso dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria (depenare la parte che non interessa);

di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;

di essere in possesso del Diploma di _____ conseguito in data _____ presso l'Istituto _____;

di appartenere alla categoria delle persone disabili di cui all'art. 1 della L. n. 68/1999;

e di essere iscritt__ negli elenchi di cui all'art. 8 della L. 68/1999 nella categoria dei disabili presso il servizio/centro per l'impiego di _____ dal _____ e di essere disoccupat__;

di essere invalido > 80% come da Verbale rilasciato in data _____ dalla Commissione Medica di _____;

di aver svolto i seguenti servizi presso strutture pubbliche (1):

di aver svolto i seguenti servizi presso strutture private accreditate/convenzionate (1)

che i dati indicati nel curriculum formativo e professionale sono rispondenti al vero;

che le copie fotostatiche dei titoli prodotti, comprese le pubblicazioni, sono corrispondenti agli originali in suo possesso.

Data _____

FIRMA

1) Specificare:

- ente presso cui è stato prestato il servizio;
- la tipologia di rapporto (tempo determinato ovvero indeterminato);
- la qualifica rivestita con l'indicazione del profilo professionale/categoria di appartenenza;
- la durata (inizio e fine: giorno, mese, anno);
- eventuali cause di interruzione del servizio incidenti sull'anzianità di servizio e relativa durata (inizio e fine: giorno, mese, anno);
- eventuali periodi prestatì ad impegno orario ridotto specificando la relativa percentuale di riduzione e la durata (inizio e fine: giorno, mese, anno).

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii., alla presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.