

Al Direttore Generale dell'A.S.S.T. di Bergamo Ovest
UOC Risorse Umane
P.le Ospedale, 1
24047 TREVIGLIO (BG)

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di partecipare al Concorso Pubblico per la copertura a tempo indeterminato di n.11 posti di **COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE- Cat. D (Avviso pubblicato su Gazzetta Ufficiale n. 83 del 23/10/2020).**

Consapevole delle pene previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e s.m.i. per mendaci dichiarazioni e falsità in atti, ai sensi dell'art.46 del suddetto DPR

DICHIARA

(barrare con una crocetta ciò che interessa e cancellare la voce che non interessa)

- di essere nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____;
- di essere residente a _____ in via _____ n. _____ indirizzo mail _____ eventuale PEC _____ telefono _____;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero di essere cittadino dello Stato _____;
- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per chi non è in possesso della cittadinanza italiana);
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ - Stato _____ ovvero di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____;
- di non avere riportato condanne penali
- di aver riportato le seguenti condanne penali: _____ (indicare la data del provvedimento di condanna e l'autorità giudiziaria che lo ha emesso nonché i procedimenti penali eventualmente pendenti);
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
- Diploma/Laurea in _____ Classe di laurea _____ conseguita il _____ presso _____ durata legale del corso anni _____;
- Laurea in _____ Classe di laurea _____ conseguita il _____ presso _____ durata legale del corso anni _____;
- di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione: _____;
- di prestare/ aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni:
Ente _____ periodo _____
Profilo _____ disciplina _____
 Ruolo incarico a tempo determinato supplenza orario settimanale (n.ore) _____
- Ente _____ periodo _____
Profilo _____ disciplina _____
 Ruolo incarico a tempo determinato supplenza orario settimanale (n.ore) _____

dichiara inoltre che, in riferimento ai servizi di cui sopra non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20/12.1979, n. 761;

- di non essere incorso nella destituzione, dispensa o decadenza da impieghi presso Pubbliche Amministrazioni;
- di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:
dal _____ al _____ per i seguenti motivi _____
dal _____ al _____ per i seguenti motivi _____
- di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto alla riserva, preferenza o precedenza (vedi art. 5 del D.P.R. 487/1994): _____
- di dare il consenso al trattamento dei dati personali in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui al Regolamento (UE) 2016/679;
- di accettare la partecipazione alla procedura concorsuale unificata;
- di accettare, in caso di assunzione, tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico del personale dipendente del S.S.N.
- (solo se non si invia a mezzo PEC) di segnalare che ogni comunicazione personale dovrà essere inviata a mezzo: **(indicare solo uno)**
 e-mail al suindicato indirizzo di posta elettronica
 raccomandata a/r alla suindicata residenza
 raccomandata a/r al seguente domicilio: via _____ n. ____ cap _____ città _____

Distinti saluti.

DATA _____

FIRMA _____

N.B.: Allegare fotocopia documento di identità valido

MODULO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
il _____ a _____ e residente a
_____ in Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali cui va incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di uso o formazione di atti falsi richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e s.m.i.

DICHIARA

1) di aver conseguito Il diploma/laurea in _____ il giorno
_____ all'Università di _____
classe di laurea _____ durata legale del corso anni _____

2) di aver conseguito la laurea in _____ il giorno
_____ all'Università di _____
classe di laurea _____ durata legale del corso anni _____

3) di aver prestato/prestare i sottonotati servizi presso:

DENOMINAZIONE ENTE: _____

INDIRIZZO _____

(Indicare inoltre se: Ente Pubblico Istituto accreditato Istituto privato convenzionato Ente Privato Privato)

QUALIFICA _____

TIPO CONTRATTO (dipendente – Libero Professionista – Co.Co.Co.) _____

TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO

ORARIO SETTIMANALE (n° ore) _____

dal _____ al _____ (GG/MM/AA)

dal _____ al _____ (GG/MM/AA)

4) altre eventuali dichiarazioni _____

Data _____

FIRMA _____

*N.B.: Allegare fotocopia documento di identità valido
In caso di spazio insufficiente utilizzare più fogli.*