**Al Commissario Straordinario dell’Azienda USL di …………………………………………………………**

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………..…………………………tel/cell……………………………………………. **cognome - nome**  – scrivere in stampatello)

**Codice Fiscale ………………………………………………………………..** di essere nato/a ………………………….. ..…………

il …………………………….… di essere residente a ………………………………………………..…………………..……………………..

cap. ………………..…………Prov.……….………

DATI DI CONTATTO

Il sottoscritto chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura con la seguente modalità:

mediante posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mediante comunicazione al seguente indirizzo:

località/città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter partecipare al concorso pubblico, per titoli ed esami, per n. **20** posti di

**COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO, ASSISTENTE SANITARIO – CAT. D**

**Per le seguenti Aziende USL dell’Area Vasta Nord:**

*(barrare obbligatoriamente una sola opzioni pena l’esclusione dalla selezione)*

□ **Azienda USL di Parma**

□ **Azienda USL di Piacenza**

□ **Azienda USL di Reggio Emilia**

**□ Azienda USL di Modena**

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1

* DI ESSERE IN POSSESSO DELLA CITTADINANZA ITALIANA;
* DI NON ESSERE IN POSSESSO DELLA CITTADINANZA ITALIANA
* di essere in possesso della cittadinanza U.E. (specificare quale)
* di essere familiare di cittadino di Stato membro dell'Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro, titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente (allegare documentazione a pena di esclusione)
* di essere cittadino di Paese non appartenente all'Unione Europea, titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (allegare documentazione a pena di esclusione)
* di essere cittadino di Paese non appartenente all'Unione Europea, titolare dello status di rifugiato (allegare documentazione a pena di esclusione)
* di essere cittadino di Paese non appartenente all'Unione Europea, titolare dello status di protezione sussidiaria (allegare documentazione a pena di esclusione)
* altro (allegare documentazione a pena di esclusione)

2

* DI ESSERE ISCRITTO NELLE LISTE ELETTORALI DEL COMUNE DI RESIDENZA
* DI NON ESSERE ISCRITTO NELLE LISTE ELETTORALI perché NON CITTADINO ITALIANO
* DI ESSERE ISCRITTO ALL’AIRE

3

* DI NON AVERE RIPORTATO CONDANNE PENALI
* DI AVERE RIPORTATO LE SEGUENTI CONDANNE PENALI (DA INDICARSI ANCHE SE E’ STATA CONCESSA AMNISTIA, INDULTO, CONDONO O PERDONO GIUDIZIALE)
* DI NON AVER PROCEDIMENTI PENALI IN CORSO

4

DICHIARAZIONE RIGUARDO GLI OBBLIGHI MILITARI:

* assolto
* esente perché di sesso femminile
* esente perché di sesso maschile nato dopo il 31/12/1985
* congedato
* riformato

5

* DI NON ESSERE STATO DESTITUITO O DISPENSATO DALL’IMPIEGO PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI OVVERO LICENZIATO A DECORRERE DAL 02/09/1995 (DATA DI ENTRATA IN VIGORE DEL PRIMO CCNL DEL PERSONALE DEL COMPARTO SANITA’)

6

DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE REQUISITO SPECIFICO DI AMMISSIONE:

* Laurea in assistente sanitario (appartenente alla classe delle lauree delle professioni sanitarie SNT01)
* Diploma Universitario di Assistente Sanitario (conseguito ai sensi dell’art. 6, comma 3, del Decreto Legislativo 30.12.92, n 502 e s.m.i.)
* Diploma/attestato conseguito in base al precedente ordinamento, riconosciuto equipollente, ai sensi delle disposizioni vigenti, al diploma universitario ai fini dell’esercizio dell’attività professionale e dell’accesso ai pubblici uffici (D.M. 27/07/2000)
* Titolo di studio conseguito all’estero (è obbligatorio allegare il decreto di riconoscimento a pena di esclusione )

Conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare esattamente la sede ed il nominativo)

7

* DI ESSERE ISCRITTO ALL’ALBO/ORDINE DEGLI ASSISTENTI SANITARI

Provincia di iscrizione

Numero di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscrizione dal (gg/mm/aaaa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8

* DI NON AVERE MAI PRESTATO SERVIZIO CON RAPPORTO DI IMPIEGO PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
* DI AVERE PRESTATO SERVIZIO CON RAPPORTO DI IMPIEGO PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

9

* DI NON AVERE DIRITTO ALLA RISERVA DEI POSTI
* DI AVERE DIRITTO ALLA RISERVA DEI POSTI (è obbligatorio allegare documentazione probatoria)

Motivo per cui si ha diritto alla riserva dei posti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10

* DI NON AVERE DIRITTO ALLA PRECEDENZA IN CASO DI PARITA’ DI PUNTEGGIO
* DI AVERE DIRITTO ALLA PRECEDENZA IN CASO DI PARITA’ DI PUNTEGGIO (è obbligatorio allegare documentazione probatoria)
* Genitore di figli a carico

Nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* gli insigniti di medaglia al valor militare;
* i mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti;
* i mutilati ed invalidi per fatto di guerra;
* i mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato,
* gli orfani di guerra;
* gli orfani dei caduti per fatto di guerra,
* gli orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato,
* i feriti in combattimento;
* gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerose,
* i figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
* i figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra;
* i figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
* i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle e i fratelli vedovi o non sposati dei caduti in guerra;
* i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle e i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra;
* i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico o privato;
* coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti;
* gli invalidi e i mutilati civili;
* militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma.

11

* DI NON AVERE NECESSITA’ DI AUSILI E/O TEMPI AGGIUNTIVI
* DI AVERE NECESSITA’ DI AUSILI E/O TEMPI AGGIUNTIVI (è obbligatorio allegare documentazione probatoria)

Ho necessità dei seguenti ausili \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ho necessità dei seguenti tempi aggiuntivi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e del Reg. UE 2016/679

* Dichiaro di aver ricevuto e compreso l’informativa in materia di trattamento dei dati personali per finalità di gestione della presente procedura concorsuale
* DO’ ESPRESSO ASSENSO al trattamento dei miei dati personali finalizzato alla gestione della procedura concorsuale nonché agli adempimenti conseguenti.

Data ……………………………………………… Firma ………………………………………………………………….

CURRICULUM

**Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ( art. 75 D.P.R. 445/2000).**

DICHIARA

Dati anagrafici

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TITOLI DI STUDIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscrizione all’Albo professionale/ordine della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALTRI TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (oltre a quello richiesto per l’ammissione al concorso)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CURRICULUM PROFESSIONALE

Indicare:

Sede di lavoro (Pubbliche Amministrazioni, Enti privati)

Qualifica

* Assistente sanitario categoria D (presso Aziende sanitarie)
* Assistente sanitario categoria D (ed equivalenti presso altre Pubbliche Amministrazioni)
* Assistente sanitario categoria D categoria Ds o con funzioni di coordinamento o con posizione organizzativa
* Militare come Assistente sanitario categoria D
* Militare con qualifica diversa Assistente sanitario categoria D

Tempo Pieno (100%) o Part-Time (altra percentuale)

Periodo

Dal \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aziende sanitarie/Pubbliche amministrazioni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data inizio | Data fine | Qualifica/Tipo di rapporto di lavoro | Sede di lavoro e denominazione dell’Ente | Orario di lavoro |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Enti Privati

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data inizio | Data fine | Qualifica/Tipo di rapporto di lavoro | Sede di lavoro e denominazione dell’Ente | Orario di lavoro |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

CURRICULUM FORMATIVO

(Specificare solo i corsi post laurea - **non allegare copie**)

NEL RUOLO PREVEDERE SOLO:

* RELATORE/DOCENTE
* UDITORE/DISCENTE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data inizio | Data fine | Corso | Sede | Ore |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

PUBBLICAZIONI (allegare copia)

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |

**Informato autorizza la raccolta dei dati per l’emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.L.vo 196/03 e ss.mm.ii.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_