

AZIENDA SANITARIA LOCALE BI

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE A CONCORSO

All'A.S.L. BI
Ufficio Protocollo
Via dei Ponderanesi n. 2

13875 Ponderano (BI)

Il/la sottoscritto / a..... con la presente rivolge istanza di partecipazione al Pubblico Concorso per la copertura di n. 2 posti di OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO – ELETTRICISTA, Categoria Bs, presso l' A.S.L. BI di Biella.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità personale, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, in base all'art. 75 del D.P.R. 445/2000 quanto segue :

- a) di essere nato a il
- b) di risiedere a in Via,
telefono..... cellulare
- c) di essere coniugato con n. figli
 di non essere coniugato
- d) di essere in possesso della cittadinanza italiana
 di essere in possesso di cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea
 di essere in possesso di cittadinanza di Paesi Terzi e di trovarsi in una delle seguenti situazioni:
 titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo
 titolare dello status di rifugiato
 titolare dello status di protezione sussidiaria
- e) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di
 di non essere iscritto nelle liste elettorali di alcun Comune per il seguente motivo.....

AZIENDA SANITARIA LOCALE BI

f) di non aver riportato condanne penali

di avere riportato le seguenti condanne penali (specificare le condanne riportate).....

g) per quanto riguarda gli obblighi militari, di trovarsi nella seguente posizione.....

h) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio :

Titolo di studio.....conseguito presso
..... in data

Titolo di studio.....conseguito presso
..... in data

Titolo di studio.....conseguito presso
..... in data

i) di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione al presente concorso, previsti dal bando, di seguito indicati (da compilare con riferimenti precisi) :

CINQUE ANNI DI ANIZIANITA' NEL PROFILO DI
dal(giorno / mese/ anno) al.....(giorno / mese / anno)

PRESSO

Sede

ATTESTATO di qualifica professionale di durata triennale di Elettricista

rilasciato da Sede.....

In data

AZIENDA SANITARIA LOCALE BI

l) di avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni e di non essere mai stato dispensato o destituito dal pubblico impiego

di non avere mai prestato servizio presso pubbliche amministrazioni

(elencare i servizi svolti presso Enti pubblici e/o privati)

Servizio svolto a tempo pieno (in caso di servizio part time indicare la percentuale lavorativa) presso

.....dal.....al.....
(Indicare giorno / mese / anno)

Con la qualifica di

Cessazione del rapporto per

Servizio svolto a tempo pieno (in caso di servizio part time indicare la percentuale lavorativa) presso

.....dal.....al.....
(Indicare giorno / mese / anno)

Con la qualifica di

Cessazione del rapporto per

m) di avere partecipato ai seguenti corsi di formazione o convegni :

(elencare i corsi e/o convegni, specificando se la partecipazione è avvenuta in qualità di uditore o relatore)

Corso / Convegno dal Titolosvolto
a in data in qualità di
..... uditore relatore

AZIENDA SANITARIA LOCALE BI

Corso / Convegno dal Titolosvolto
a in data in qualità di
.....
 uditore relatore

Corso / Convegno dal Titolosvolto
a in data in qualità di
.....
 uditore relatore

Corso / Convegno dal Titolosvolto
a in data in qualità di
.....
 uditore relatore

Corso / Convegno dal Titolosvolto
a in data in qualità di
.....
 uditore relatore

di non avere mai partecipato a corsi di formazione o convegni

n) di avere partecipato alla stesura delle seguenti pubblicazioni:

(elencare il titolo delle singole pubblicazioni, specificando se in collaborazione con altri autori o come unico autore, tipo di rivista se italiana o straniera, data di pubblicazione)

Titolo pubblicazione

Editore

rivista italiana

rivista straniera

autore unico

in collaborazione con n. autori

data della pubblicazionen. pagine

Titolo pubblicazione

Editore

rivista italiana

rivista straniera

autore unico

in collaborazione con n. autori

AZIENDA SANITARIA LOCALE BI

data della pubblicazionen. pagine

di non avere mai partecipato a stesura di pubblicazioni

o) di voler ricevere ogni comunicazione relativa al concorso al seguente indirizzo

Via

PEC

Email.....

Autorizza l'Azienda Sanitaria Locale BI di Biella all'utilizzo dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per i necessari atti amministrativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa viene resa.

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

FIRMA

Documentazione da allegare alla domanda di partecipazione :

- » curriculum formativo e professionale, datato e firmato
- » fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità