

AL DIRETTORE GENERALE
ASL DELLA PROVINCIA DI COMO
VIA PESSINA, 6
22100 COMO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ (prov. di _____)
il _____ e residente in _____
(prov. di _____) CAP _____
via _____ n. _____ tel. _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso/concorso per titoli/ titoli ed esami/ titoli e colloquio, per la copertura di n. _____ posto/i di _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti

DICHIARA

a)

- di essere in possesso della cittadinanza italiana
- di essere (per i cittadini appartenenti all'Unione Europea) cittadino/a dello Stato di _____

b)

- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____

- di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo _____

c)

- di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
- di avere subito le seguenti condanne penali _____

di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____

d)

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

conseguito presso _____ il _____

conseguito presso _____ il _____

conseguito presso _____ il _____

di essere in possesso del diploma di specializzazione nella disciplina di _____

conseguito presso _____ il _____

durata del corso anni _____ specificare se conseguito ai sensi del D.Lgs.n.257/91 si no

e)

di essere iscritto all'Albo Professionale di _____ Prov. _____

al n° _____ dal _____

f)

di aver prestato servizio alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni così come specificato nel prospetto di seguito:

che per i succitati servizi non ricorrono le condizioni di cui all'art.46 del D.P.R. n. 761/1979;

che per i succitati servizi ricorrono le condizioni di cui all'art.46 del D.P.R. n.761/79;

g)

di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso la Pubblica Amministrazione;

h)

di essere/non essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto da coprire;

i)

di appartenere a categorie con diritto a preferenze ai sensi della normativa statale _____

l)

che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonera l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Como da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità:

via/piazza _____ n. _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____ n° tel. _____

m)

- che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art.19 del D.P.R. n. 28.12.2000, n.445.

n)

- di accettare tutte le norme previste dal presente concorso/avviso pubblico;

o)

- indico per la prova orale la seguente lingua straniera scelta tra francese e inglese (solo in _____ caso _____ di _____ concorso)

p)

- di aver prestato servizio alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni (specificare sempre giorno, mese ed anno ed eventuali rapporti di lavoro a tempo parziale):

dal _____ al _____ con la qualifica di _____

presso _____

dal _____ al _____ con la qualifica di _____

presso _____

dal _____ al _____ con la qualifica di _____

presso _____

q)

- di essere stato incaricato di mansioni superiori:

dal _____ al _____ con la qualifica di _____

presso _____

a seguito del provvedimento deliberativo n. _____ del _____

adottato da _____

r)

- di svolgere/aver svolto le seguenti funzioni di coordinamento:

dal _____ al _____ con la qualifica di _____

presso _____

a seguito di preposizione ed articolazione organizzativa riconosciuta con provvedimento deliberativo n. _____ del _____ adottato da _____

s)

- di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni per le motivazioni di seguito elencate:

dal _____ al _____ con la qualifica di _____

presso _____

a seguito del provvedimento deliberativo n. _____ del _____

Motivazioni: _____

t)

- che le attestazioni contenute nel certificato scaduto e relative ai servizi prestati presso

non hanno subito variazioni.

u)

- di aver partecipato ai seguenti corsi di aggiornamento professionale (indicare l'argomento, l'ente organizzatore, la data e la durata, l'eventuale esito finale)
(COMPILARE SOLO SE NON VENGONO ALLEGATE LE COPIE DEI RELATIVI ATTESTATI)

v)

- di aver svolto le seguenti attività di docenza (indicare l'ente organizzatore, la tipologia del corso, la materia di insegnamento, l'anno scolastico e le ore):

w)

- di essere autore/coautore di n. ___ pubblicazioni edite a stampa (di cui si allega originale o copia autenticata ai sensi della normativa vigente)

x)

- di aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di Case di Cura Convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale:

y) altro:

- di aver prestato servizio con rapporto di lavoro libero professionale, convenzionale, di consulenza o di collaborazione presso Pubbliche Amministrazioni, Strutture/Enti convenzionati privati (indicare ente, periodo e qualifica):

- di aver svolto attività di volontariato o attività espletate a seguito di conferimento di borse di studio(indicare ente, periodo e qualifica):

- di aver prestato servizio alle dipendenze di strutture o ditte private:

Il/La sottoscritto/a si impegna a produrre in originale o in copia autenticata quanto sopra dichiarato non appena richiesto da questa Amministrazione per la regolarizzazione degli atti e/o costituzione ed aggiornamento del fascicolo personale.

Ai sensi dell'art. 18 del D. Lgs. 196/2003 i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda per le finalità di gestione del concorso anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione pena l'esclusione dal concorso. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle amministrazioni pubbliche direttamente interessate allo svolgimento del concorso o alla posizione giuridico - economica del candidato. Il candidato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato decreto i quali potranno essere fatti valere nei confronti dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Como-Unità Operativa Gestione Risorse Umane.

Data _____

FIRMA

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DEGLI ARTT. 38 E 39 D.P.R. 28.12.2000, N. 445.

Note: Devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate.

SOTTOSCRIZIONE IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

- VISTO, per la sottoscrizione apposta in mia presenza

Luogo e data, _____

IL DIPENDENTE ADDETTO

SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

- Allegato alla presente fotocopia documento d'identità
n. _____ rilasciato

da _____ il _____

Luogo e data, _____