

All'Azienda Sociosanitaria
Locale n. 4
Via G.B. Ghio 9
16043 Chiavari – GE-

Il/La sottoscritt
(cognome e nome) nat... il/...../..... a provincia
(...) chiede di partecipare al concorso pubblico per la copertura di n.....posti di
.....

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali in cui incorrerebbe in caso di dichiarazioni false, ai sensi artt. 46 e 47 DPR 445/2000, che:

a) è residente nel comune di (provincia di)

b) è in possesso della seguente cittadinanza.....

OPPURE di essere in una delle altre condizioni indicate al paragrafo "Requisiti di ammissione" e precisamente

c) è iscritt..... nelle liste elettorali del comune di

d) non ha riportato condanne penali /ha riportato le seguenti condanne penali
.....(cancellare l'ipotesi che non interessa);

e) è in possesso del seguente titolo di studio:

.....conseguito il
presso..... (per il titolo di studio conseguito all'estero indicare gli
estremi del Decreto Ministeriale di riconoscimento)

f) è in possesso della seguente specializzazione:

.....conseguita il
presso..... (per il titolo di studio conseguito all'estero
indicare gli estremi del Decreto Ministeriale di riconoscimento)

della durata complessiva di anni.....secondo le seguente modalità (barrare l'ipotesi che interessa)

anni frequentati ai sensi del D.Lgs. 257/1991 (fino all'anno accademico 2005/2006)

anni frequentati ai sensi del D.Lgs. 368/1999 (dall'anno accademico 2006/2007 in poi)

non conseguito ai sensi del D.Lgs. 257/1991 o del D.Lgs. 368/1999

ovvero è iscritto

indicare anno di iscrizione _____

della scuola di specializzazione in.....presso

g) è in possesso della seguente esperienza di servizio richiesta dal bando :

.....
.....

- h) È iscritto all'albo del Ordine deial n. dal
- i) di aver effettuato il servizio militare di leva oppure servizio civile dal
al..... ovvero di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di
leva.....;
- (per i soggetti nati entro il 1985)
- j) di essere coniugato non coniugato indicare il numero dei figli a carico
- k) di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni/oppure di aver prestato presso Pubbliche
Amministrazioni i servizi che risultano dal curriculum allegato (cancellare l'ipotesi che non interessa);
- l) in caso di servizi prestati presso P.A.: di essere stato / di non essere stato dispensato dall'impiego
presso PP.AA. (cancellare l'ipotesi che non interessa);
- m) di conoscere la lingua italiana;
- n) è in possesso dei titoli che danno diritto ad usufruire di riserve/precedenze /preferenze
.....
- o) ha preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di concorso:
- p) è a conoscenza, come risulta dal bando di concorso, che il calendario delle prove d'esame e/o
dell'eventuale prova preselettiva potrà essere pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale - 4^a serie speciale
concorsi ed esami – sezione Diari, almeno 15 gg. prima dello svolgimento della prova scritta o
preselettiva, senza invio di comunicazione al domicilio;
- q) è portatore di handicap e pertanto ha la necessità di tempi aggiuntivi per sostenere le prova
d'esame..... nonchè dell'utilizzo dei seguenti ausili
.....

(da compilare a cura dei candidati portatori di handicap ai sensi della Legge 05.02.1992 n. 104)

Il/la sottoscritt_ dichiara altresì di autorizzare l'Azienda Sanitaria al trattamento dei propri dati personali, finalizzati all'espletamento della procedura in argomento, nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento U.E. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/4/2016.

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga inviata al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconosce che l'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario:

Indirizzo via

Città(comprensivo del CAP)

Recapito telefonico

e-mail.....**pec**.....

Allegati:

- 1) Curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- 2) Elenco dei documenti eventualmente allegati, datato e firmato;
- 3) Fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.

Luogo e data

Firma

.....