**ALLEGATO A –** *DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER N. 1 POSTO DI DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE – RSPP*

**Al Direttore Generale**

**A.S.T. di Ascoli Piceno**

**Via degli Iris**

**63100 – Ascoli Piceno**

**PEC: ast.ascolipiceno@emarche.it**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di **n. 1 posto di Dirigente delle Professioni Sanitarie Area della Prevenzione ovvero Area Tecnica - incarico RSPP.**

A tale fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 76 comma 1 –DPR 445/2000) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_ )

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2. di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a cui verranno inviate tutte le comunicazioni relative alla presente procedura;

3. di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_ ) CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_

recapiti telefonici: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

4. di possedere *(barrare con una X la casella corrispondente all’ipotesi che ricorre ed inserire i dati richiesti)*:

□ la cittadinanza italiana;

□ la cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (per i candidati appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea);

□ la cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (per i soli cittadini dei Paesi terzi) e titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

□ la cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(per i soli cittadini di Paesi terzi) e di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente in quanto familiare di cittadino comunitario;

□ lo status di rifugiato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare provvedimento) / lo status di protezione sussidiaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare provvedimento).

5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

***ovvero***

di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare i motivi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

***ovvero***

di essere cancellato/a dalle liste elettorali (indicare i motivi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

6. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

7. di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti a carico;

***ovvero***

di aver riportato le seguenti condanne penali\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

***ovvero***

di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali pendenti a carico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

8. di non essere stato interdetto dai pubblici uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

9. **di essere in possesso dei seguenti titoli** *(barrare con una X la casella corrispondente alle ipotesi che ricorrono ed inserire i dati richiesti)*:

**□** **Laurea Specialistica o magistrale** in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la seguente votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ **cinque anni di servizio effettivo** corrispondente alla medesima professionalità relativa al concorso specifico (Area della Riabilitazione ovvero Area Tecnica), prestato in enti del S.S.N. nella categoria D o Ds, ovvero in qualifiche corrispondenti di altre pubbliche amministrazioni:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENTE (denominazione e sede)** | **DATA DI ASSUNZIONE**  **(gg/mm/aa)** | **DATA DI CESSAZIONE**  **(gg/mm/aa, causa di risoluzione)** | **TIPO DI RAPPORTO:**  **Dipendente a tempo determinato/indeterminato;** | **QUALIFICA** | **IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE (indicare n. ore settimanali)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

□ **di essere iscritto/a all’Albo/Ordine** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della Provincia/Regione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

10. di richiedere ai sensi della L. 104/1992, in quanto portatore di handicap, il seguente ausilio necessario per l’espletamento delle prove \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e/o la necessità di tempi aggiuntivi;

11. di aver prestato i seguenti servizi quale professionista dell’area della Riabilitazione ovvero Area Tecnica, presso le aziende UU.SS.LL. o le aziende ospedaliere e servizi equipollenti ai sensi degli articoli 22 e 23 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENTE (denominazione e sede)** | **DATA DI ASSUNZIONE**  **(gg/mm/aa)** | **DATA DI CESSAZIONE**  **(gg/mm/aa, causa di risoluzione)** | **TIPO DI RAPPORTO:**  **Dipendente a tempo determinato/indeterminato;** | **IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE (indicare n. ore settimanali)** | **QUALIFICA (barrare con una X la casella corrispondente alle ipotesi richieste)** |
|  |  |  |  |  | * LIVELLO DIRIGENZIALE * POSIZIONE ORGANIZZATIVA * FUNZIONI DI COORDINAMENTO * CAT. D o Ds |
|  |  |  |  |  | * LIVELLO DIRIGENZIALE * POSIZIONE ORGANIZZATIVA * FUNZIONI DI COORDINAMENTO * CAT. D o Ds |
|  |  |  |  |  | * LIVELLO DIRIGENZIALE * POSIZIONE ORGANIZZATIVA * FUNZIONI DI COORDINAMENTO * CAT. D o Ds |

12. di aver prestato i seguenti servizi quale professionista dell’area della Riabilitazione ovvero Area Tecnica, presso Pubbliche Amministrazioni

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENTE (denominazione e sede)** | **DATA DI ASSUNZIONE**  **(gg/mm/aa)** | **DATA DI CESSAZIONE**  **(gg/mm/aa, causa di risoluzione)** | **TIPO DI RAPPORTO:**  **Dipendente a tempo determinato/indeterminato;** | **IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE (indicare n. ore settimanali)** | **QUALIFICA (barrare con una X la casella corrispondente alle ipotesi richieste)** |
|  |  |  |  |  | * LIVELLO DIRIGENZIALE * OTTAVO O NONO LIVELLO * SETTIMO LIVELLO |
|  |  |  |  |  | * LIVELLO DIRIGENZIALE * OTTAVO O NONO LIVELLO * SETTIMO LIVELLO |
|  |  |  |  |  | * LIVELLO DIRIGENZIALE * OTTAVO O NONO LIVELLO * SETTIMO LIVELLO |

13. di non essere mai stato dispensato/a o destituito/a dall’impiego presso Pubbliche Amministrazioni ovvero di non essere stato/a licenziato/a;

***ovvero***

di essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall’impiego presso Pubbliche Amministrazioni ovvero di essere stato/a licenziato/a (indicare i motivi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. di avere diritto, in caso di parità di punteggio, a precedenza o preferenza in quanto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

15. di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali di cui l’Amministrazione sia venuta in possesso in relazione alle procedure selettive ai sensi del nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 679/2016) e del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, allega alla presente domanda:

- curriculum formativo/professionale;

- elenco dei documenti e titoli presentati;

- fotocopia documento di identità in corso di validità;

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara che i documenti allegati alla presente istanza, dettagliatamente descritti nell’allegato elenco, sono conformi agli originali in proprio possesso ai sensi dell’art. 19 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Il/La candidato/a dichiara di avere preso visione dei contenuti del bando e di tutte le clausole in esso contenute.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso o FIRMA DIGITALE certificata

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

ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA’