

Domanda di ammissione per incarichi a tempo determinato

Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del c.p. e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000). Una dichiarazione mendace comporta la decadenza dai benefici conseguenti al procedimento emanato sulla base della dichiarazione.

Importante: la domanda va compilata e contrassegnata, ove relativo, in tutte le sue parti!

DATI PERSONALI

cognome (1)

nome

nato/a a il

codice fiscale

residente a CAP

via n.

CHIEDO L'ISCRIZIONE NELLA GRADUATORIA DEL COMPENSORIO SANITARIO DI BRESSANONE PER LA FIGURA PROFESSIONALE DI: TECNICO/A DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO

rapporto di lavoro richiesto:

☐ tempo pieno

☐ part-time

DICHIARO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

a) ☐ di essere cittadino/a italiano/a/, o cittadino/a del seguente stato membro dell'UE:

.....

☐ altri:

b) ☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del **Comune** di:

☐ di non essere iscritto/a nelle liste elettorali di un comune

c) ☐ di essere in possesso **dell'attestato di bilinguismo** (ai sensi del DPR 752/76 i.f.v.):

☐ **C1 (ex livello A)**

☐ **B2 (ex livello B)**

☐ **B1 (ex livello C)**

☐ **A2 (ex livello D)**

rilasciato dal Servizio di bi- e trilinguismo di Bolzano in data: (2)

☐ di non essere in possesso **dell'attestato di bilinguismo** (ai sensi del DPR 752/76 i.f.v.):

***) AI SENSI DEL DLGS. N. 165/2001, PER TITOLI DI STUDIO/DIPLOMI ACQUISITI ALL'ESTERO SONO DA INDICARE L'ENTE E LA DATA DI RICONOSCIMENTO IN ITALIA**

d) di essere in possesso del seguente **titolo di studio:** *)

licenza di scuola: ☐ elementare ☐ media ☐ superiore (anni completati _____)

.....
(nome della scuola, luogo e data)

Se conseguito all'estero: riconosciuto da data

di essere in possesso del seguente **diploma professionale/attestato di fine apprendistato/laurea** in: *)

.....
(nome della scuola/dell'istituto superiore/Università, luogo e data)

Se conseguito all'estero: riconosciuto da data

e) di essere iscritto/a nell'**albo professionale/collegio:**

provincia: data:

f) ☐ di non essere mai stato/a destituito/a, dispensato/a ovv. licenziato/a dall'impiego presso

Pubbliche Amministrazioni

☐ di essere stato/a destituito/a, dispensato/a ovv. licenziato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni

per il seguente motivo:

.....

g) ☐ di non aver mai riportato condanne penali e di non essere sottoposto a procedimenti penali:
(sono da indicare anche le condanne penali per reati che sono stati dichiarati estinti nonché quelle che hanno beneficiato della non menzione nel casellario giudiziale)

☐ di essere sottoposto al seguente procedimento penale:

.....

☐ di aver riportato le seguenti condanne penali:

.....

h) di essere in possesso dei seguenti titoli di preferenza/precedenza ai sensi del DPR 487/94:

☐ invalidità di lavoro (min. 34%)

☐ invalidità civile (min. 46%)

☐ numero dei figli a carico:

☐ altri: (3)

i) di aver prestato i seguenti servizi nella relativa figura professionale presso il Comprensorio Sanitario di Bressanone o altri **Enti Pubblici:**

datore di lavoro (nome e indirizzo)	figura prof. e qualifica funzionale	inizio			fine			tempo pieno/ part-time % /ore
		g	m	a	g	m	a	

Ai sensi dell'art. 15 della legge n. 183 del 12.11.11 non può essere prodotto nessun certificato (p.e. certificato di servizio), rilasciato dalla PA o da privati gestori di PA. Può essere presentata una certificazione sostitutiva.

EVENTUALI PERIODI DI ASPETTATIVA O INTERRUZIONI DI SERVIZIO SONO DA SPECIFICARE

motivo:	dal	al
motivo:	dal	al
motivo:	dal	al

DA COMPILARE IN OGNI CASO

j) che un rapporto di lavoro presso l'**Azienda sanitaria dell'Alto Adige** è stato risolto:
☐ no ☐ sì nella figura professionale di:
per uno dei seguenti motivi:
☐ periodo di prova negativo ☐ procedimento disciplinare ☐ altri motivi:
.....

k) di risultare in una valida **graduatoria di concorso** della relativa figura prof. presso il **C.S. di Bressanone**:
☐ no ☐ sì

l) di aver rinunciato ad un posto a tempo indeterminato nella relativa figura professionale presso il **Compensorio Sanitario di Bressanone**:
☐ no ☐ sì data

m) di aver superato positivamente il periodo di prova per un posto a tempo determinato della relativa figura professionale presso il **Compensorio Sanitario di Bressanone**:
☐ no ☐ sì

n) di prestare servizio presso il **Compensorio Sanitario di Bressanone**:
☐ no ☐ sì figura professionale:

o) di essere stato/a invitato/a ad un esame d'idoneità per la relativa figura prof. presso il C.S. di **Bressanone**:
☐ no ☐ sì
di essersi **presentato/a** all'esame d'idoneità: ☐ sì ☐ no
di aver **superato** l'esame d'idoneità: ☐ sì ☐ no
punteggio/20 **data dell'esame d'idoneità**
di essere stato/a invitato/a ad un esame d'idoneità per la relativa figura professionale presso il seguente
Compensorio Sanitario dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige: ☐ no ☐ sì
C.S. di Bolzano: di essersi presentato/a all'esame d'idoneità: ☐ sì ☐ no
di aver superato l'esame d'idoneità: ☐ sì ☐ no
punteggio/20 **data dell'esame d'idoneità**
C.S. di Merano: di essersi presentato/a all'esame d'idoneità: ☐ sì ☐ no
di aver superato l'esame d'idoneità: ☐ sì ☐ no
punteggio/20 **data dell'esame d'idoneità**
C.S. di Brunico: di essersi presentato/a all'esame d'idoneità: ☐ sì ☐ no
di aver superato l'esame d'idoneità: ☐ sì ☐ no
punteggio/20 **data dell'esame d'idoneità**

p) ☐ che i documenti allegati corrispondono all'originale

Documenti già giacenti in questo Compensorio Sanitario rispettivamente documenti per l'emissione o la custodia dei quali è competente il Compensorio Sanitario vengono presi in considerazione solamente su specifica richiesta da parte del candidato/della candidata, con precisa indicazione di tutte le informazioni necessari per il reperimento dei dati.

I dati raccolti vengono utilizzati al fine dell'assunzione ed attività ed obblighi connessi. Competono tutti i diritti previsti dal art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003. Titolare dei dati è l'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano nella persona del rappresentante legale, via Cassa di Risparmio 4, 39100 Bolzano.

Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 autorizzo l'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano al trattamento dei dati rilevati per l'assunzione ed attività ed obblighi connessi.

Indirizzo per comunicazioni:
Via n.
CAP loc.
n. tel./cellulare:
indirizzo e-mail:
eventuali cambiamenti di recapito sono da comunicare immediatamente. Non si assumono responsabilità derivanti dalla mancata comunicazione
data:
firma:
I SEGUENTI DOCUMENTI SONO DA ALLEGARE:
Copia semplice della carta d'identità o di un documento equivalente valido
Curriculum vitae (datato e firmato)
ANNOTAZIONI 1 - 4
(1) le donne coniugate devono indicare nell'ordine il proprio cognome, poi il cognome del marito.
(2) Accanto all'attestato di bilinguismo, in base all'esame sostenuto in conformità al DPR 752/1976 e successive modifiche, possono essere presentati insieme con la domanda anche gli attestati alternativi di cui al D.Lgs. 14.05.2010, n. 86. I documenti necessari per il rilascio di questi attestati vanno presentati direttamente alla Provincia Autonoma di Bolzano, Servizio esami di bi- e trilinguismo: Bolzano, via Perathoner 10 – Tel. 0471 413900 e 0471 – 413920 – www.provincia.bz.it/ebt/ .
3) 1. gli insigniti di medaglia al valore militare, 2. i mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti, 3. i mutilati ed invalidi per fatto di guerra, 4. i mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato, 5. gli orfani di guerra, 6. gli orfani dei caduti per fatto di guerra, 7. gli orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato, 8. i feriti in combattimento, 9. gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerosa, 10. i figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti, 11. figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra, 12. i figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato, 13. i genitori vedovi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi non sposati dei caduti per fatto di guerra, 14. i genitori vedovi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato, 16. coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti, 17. coloro che abbiano prestato lodevole servizio, a qualunque titolo, per non meno di un anno nell'amministrazione per la quale è indetto il concorso, 18. i coniugati e i non coniugati con riguardo al numero dei figli a carico, 19. gli invalidi ed i mutilati civili, 20. i militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma.
4) Candidati e candidate residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano: Al fine di comprovare l'appartenenza o l'aggregazione ad un gruppo linguistico tali candidati/e sono tenuti/e a produrre esclusivamente la certificazione in plico chiuso rilasciata ai sensi del comma 3, art. 20-ter del DPR 26 luglio 1976 n. 752 i.f.v., pena l'esclusione dal procedimento. Tale certificazione, disponibile presso il Tribunale di Bolzano risp. presso le sezioni distaccate, deve essere rilasciata in data non anteriore di sei mesi dalla scadenza del termine per la presentazione delle domande. Non è possibile l'autocertificazione. Candidati e candidate non residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano: I/Le cittadini/e italiani/e e i/le cittadini/e di altri Stati membri dell'Unione Europea, seppure non aventi/e la residenza nella Provincia di Bolzano, sono ammessi/e a rendere, a norma dell'art. 20-ter del DPR del 26.7.1976, n. 752 come modificato dal decreto legislativo del 23.5.2005, n. 99 e con gli identici effetti previsti da tali norme per i/le residenti nella Provincia di Bolzano, la dichiarazione di appartenenza o di aggregazione ad uno dei gruppi linguistici della Provincia di Bolzano. Per la richiesta dei relativi certificati e per tutte le eventuali informazioni è a disposizione l'Ufficio centrale del Tribunale, sito in Bolzano, P.zza tribunale 1, entrata Via Duca d'Aosta, pianterreno (n. tel. 0471 226312). (Decreto del Presidente del Tribunale di Bolzano, n. prot. 640/I/10). Non è possibile l'autocertificazione. Il certificato deve essere rilasciato dall'Ufficio competente sopracitato.