

Domanda di ammissione 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 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 PER LA

FIGURA PROFESSIONALE DI:

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:
.....
 altro, avente diritto ai sensi del art. 38 del D.Lgs n. 165/2001:
allegare documento che attesti il diritto di cui sopra (es. permesso di soggiorno,...)
- 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.):

A **B** **C**

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 della **laurea** in: *)

.....
(nome dell'Università, luogo e data)

di essere in possesso del riconoscimento italiano della laurea conseguito all'estero (riconoscimento rilasciato dal seguente ente _____ con data _____

o domanda di riconoscimento inoltrato il giorno _____ al seguente ente _____)

di essere in possesso della **specializzazione/i** in: *)

.....
(disciplina, nome dell'Università, luogo e data)

di essere in possesso del riconoscimento italiano della laurea conseguito all'estero (riconoscimento rilasciato dal seguente ente _____ con data _____

o domanda di riconoscimento inoltrato il giorno _____ al seguente ente _____)

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

provincia: data:n.....

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 avere mai riportato condanne penali e di non essere sottoposto a procedimenti penali;

di essere sottoposto al seguente procedimento penale: :.....

di aver riportato le seguenti condanne 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):

.....

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) che i documenti allegati corrispondono all'originale

j) di aver prestato i seguenti servizi **nella relativa figura professionale** presso il Compensorio Sanitario di Bolzano o altri **Enti Pubblici**:
 ai sensi del D.Lgs. n. 165/2001 per lavori prestati all'estero è da indicare la data di riconoscimento in Italia **non vengono valutati**: il servizio con contratto d'opera, co.co.co ecc., nonché indicazioni imprecise

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

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 dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003. Titolare dei dati è l'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma 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 PEC:

EVENTUALI CAMBIAMENTI DI RECAPITO SONO DA COMUNICARE IMMEDIATAMENTE. NON SI ASSUMONO RESPONSABILITÀ DERIVANTI DALLA MANCATA COMUNICAZIONE

La sottoscrizione della presente domanda non deve essere autenticata, sé la presente domanda viene sottoscritta davanti al responsabile impiegato, risp. sé la domanda viene consegnata accompagnata da una fotocopia della carta d'identità del candidato.

data: firma:

.....responsabile impiegato/a conferma per la ricevuta, che la domanda è stata firmata in sua presenza e che il candidato/a, che ha presentato/a la domanda, è stato/a identificato/a con..... Firma dell'incaricato:

I SEGUENTI DOCUMENTI SONO DA ALLEGARE:

Fotocopia di una carta d'identità valida

Curriculum vitae (datato e firmato)

La certificazione relativa all'appartenenza o aggregazione ad uno dei tre gruppi linguistici (vedi punto 2 lettera b) dell'avviso)

ANNOTAZIONI 1 - 3

- 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, 15. 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.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)

residente a _____
(CAP, luogo, provincia, via, n.)

rende le dichiarazioni sulle circostanze sotto indicate, ai sensi dell'art. 47 DPR 445 del 28.12.2000 e successive modifiche ed integrazioni. Consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei miei riguardi le pene stabilite dall'art.76 DPR 445 del 28.12.2000

dichiara quanto segue:

<input type="checkbox"/> esperienza professionale di almeno un anno nel profilo professionale richiesto
<input type="checkbox"/> esperienza professionale e anzianità acquisita all'estero, nell'esercizio di un'attività analoga a quella maturata in Italia e dopo il conseguimento della specializzazione; il servizio sanitario prestato all'estero deve essere stato prestato presso un "Ente pubblico" o una "Istituzione di interesse pubblico" ovvero la cui attività è diretta al soddisfacimento di interessi pubblici e non privatistici
<input type="checkbox"/> esperienza in ambito dirigenziale
<input type="checkbox"/> attività di coordinamento
<input type="checkbox"/> possesso di ulteriori qualificazioni rispetto a quelle richieste per l'accesso: Master:..... corsi di specializzazione:.....
<input type="checkbox"/> partecipazione ai seguenti progetti di studio e/o ricerca:
<input type="checkbox"/> pubblicazioni in riviste scientifiche (elencare pubblicazioni):
<input type="checkbox"/> insegnamento quale docente universitario: Università.....disciplina.....Durata.....

Data e firma: _____