

**DOMANDA DI AMMISSIONE
(DA COMPILARE IN CARTA SEMPLICE)**

**Al Direttore Generale della
Azienda U.L.S.S. n. 21
Via Gianella n. 1
37045 LEGNAGO (VR)**

Il/La sottoscritto/a _____

C H I E D E

**di partecipare al concorso pubblico per la copertura di n° 1 posto di COLLABORATORE
PROFESSIONALE SANITARIO/EDUCATORE PROFESSIONALE (CAT. D),
indetto con deliberazione n° 232 del 21/04/2015
(bando prot. n. 23500 del 22/04/2015)**

**A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dal DPR 28/12/2000, n. 445, sotto la propria
responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo
D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,**

D I C H I A R A

- di essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____
- di risiedere attualmente a _____ (prov. _____) CAP
_____ in Via _____ n. _____
- codice fiscale : _____;
- indirizzo presso il quale il sottoscritto chiede che venga fatta ogni comunicazione relativa alla
presente procedura:
Via _____, n. _____ C.A.P. _____
Comune _____ (Prov. _____)
Tel. _____ Cell. _____
Pec _____
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente (indicarla)
_____;
- di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di
_____ (A);
- di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari
_____;
- di non aver riportato condanne penali;
- di AVER riportato le seguenti condanne penali
_____ (B);
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:
- o laurea in Educazione professionale classe _____ conseguita in data _____
presso la facoltà di _____ dell'Università di _____;
 - o diploma universitario di educatore professionale di cui al D.M. 520/98 conseguito ai sensi del
D.Lgs. 502/92 in data _____ presso _____;
 - o altro titolo conseguito in base al precedente ordinamento riconosciuto equipollente ai sensi del
D.M. 27/07/2000 _____
conseguito in data _____ presso _____;

○ _____
conseguito in data _____ presso _____;

(qualora il titolo sia stato conseguito all'estero è necessario indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento per l'abilitazione all'esercizio della professione in Italia) _____

- di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego senza alcuna limitazione specifica per la funzione richiesta dal posto in oggetto;
- di scegliere come lingua straniera per la prova orale la seguente (barrare la casella corrispondente): INGLESE FRANCESE TEDESCO;
- di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
- di non essere stato dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto ad usufruire di riserve, precedenza o preferenze ai sensi di legge: _____;
- di avere diritto, in quanto beneficiario della Legge n° 104/92, dell'ausilio di _____, nonché di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove pari a _____ (vedasi certificazione sanitaria allegata);
- di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura selettiva e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data _____

Firma

(la sottoscrizione non necessita di alcuna autentica)

(A) in caso negativo, indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;

(B) specificare quali.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

In riferimento alla domanda di partecipazione al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario/Educatore Professionale (cat. D), - bando prot. n. 23500 del 22/04/2015

il sottoscritto _____
nato a _____ il _____

Dichiara

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

• *che le allegate copie dei sottoelencati documenti sono conformi agli originali in mio possesso:*

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____
29. _____
30. _____

A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma _____

CURRICULUM VITAE FORMATIVO E PROFESSIONALE
(redatto ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

In riferimento alla domanda di partecipazione al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario/Educatore Professionale - bando prot. n. 23500 del 22/04/2015,

il sottoscritto _____
nato a _____ il _____

Dichiara

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

TITOLI DI STUDIO

Diploma/Laurea in _____
conseguita presso _____ in data _____

Ulteriori titoli di studio (laurea specialistica, master, ecc.) _____
conseguiti presso _____ in data _____

SERVIZI SVOLTI (da compilare e ripetere per ciascuna tipologia di rapporto di lavoro)

• di aver prestato servizio alle dipendenze di (indicare la denominazione del datore di lavoro e l'indirizzo) _____

ente pubblico ente privato

con la qualifica di _____

periodo lavorativo (g/m/a) inizio ____/____/____ fine ____/____/____

con la seguente tipologia di contratto:

rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tempo determinato

a tempo pieno part-time n. _____ ore settimanali

eventuale aspettativa senza assegni dal _____ al _____;
dal _____ al _____;

eventuale causa di risoluzione del contratto di lavoro _____

contratto libero prof.le/CO.CO.CO., ecc. per n° ore settimanali _____
dal _____ al _____

tramite Cooperativa/Agenzia Interinale, ecc. denominata _____
per n° ore settimanali _____ dal _____ al _____
presso _____

ALTRE ATTIVITA' SVOLTE (da compilare e ripetere per ciascuna tipologia)

• di aver svolto la seguente attività:

borsa di studio presso _____

indirizzo completo _____

per attività di _____

periodo (g/m/a) inizio/...../..... fine/...../.....

per un totale complessivo di ore.....

frequenza volontaria presso _____

indirizzo completo _____

periodo (g/m/a) inizio/...../..... fine/...../.....

per un totale complessivo di ore.....

tirocinio post laurea (ad esclusione di tirocini obbligatori per il conseguimento di titoli di studio o abilitazione) presso _____

indirizzo completo _____

periodo (g/m/a) inizio/...../..... fine/...../.....

per un totale complessivo di ore.....

di aver svolto la seguente attività didattica presso (*indicare l'ente formativo, l'indirizzo, il corso di studi, la materia di insegnamento, le ore, il periodo*):

ATTIVITA' FORMATIVA E DI AGGIORNAMENTO (da compilare e ripetere per ciascun evento)

- di aver frequentato i seguenti corsi, convegni, congressi e seminari

corso di aggiornamento/convegno/seminario/meeting

dal titolo

Organizzato da

tenutosi a

Dal al di n. Giornate e n. ore

con esame finale senza esame finale

in veste di Uditore ovvero Docente/Relatore.

ULTERIORI ATTIVITA

Le dichiarazioni sostitutive dovranno essere chiare e complete in ogni particolare utile per una corretta valutazione di quanto dichiarato nelle stesse. In caso contrario, saranno ritenute "non valutabili".

A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma _____