

FAC-SIMILE DI DOMANDA

**Al Direttore Generale
dell'ULSS n.13**

Indirizzo posta ordinaria:
Via Mariutto, 76
30035 MIRANO (VE)

Indirizzo P.E.C.:
"ufficioconcorsi.ulss13mirano@pecveneto.it"

Il sottoscritto

CHIEDE

di essere ammesso al CONCORSO PUBBLICO, per titoli ed esami, per la copertura di n 1 posto di DIRIGENTE MEDICO DI GERIATRIA.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- 1) di essere nato a.....(prov.....) il e di risiedere a(prov.....) in Via.....n.....(cap.....);
- 2) di essere cittadino (nazionalità).....;
- 3) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di.....(1);
- 4) di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali pendenti (2);
- 5) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio: conseguito presso in data;
- 6) di essere in possesso della specializzazione in..... con durata di anni conseguita ai sensi del D.Lgs pressoin data(3);
- 7) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di..... al n°.....;
- 8) di essere nei riguardi degli obblighi militari nella posizione di..... (4);
- 9) di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (5);
- 10) di scegliere quale lingua straniera oggetto della valutazione nell'ambito della prova orale la seguente:.....(inglese – francese – tedesco – spagnolo);
- 11) di essere esente da patologie o problematiche fisiche che possano influire negativamente sul rendimento lavorativo;
- 12) di avere diritto alla riserva dei posti in quanto.....(6).
- 13) di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando in merito alla gestione della procedura concorsuale e agli adempimenti conseguenti.

Fa presente di aver diritto all'ausilio di.....in relazione al proprio handicap nonché alla necessità di tempi aggiuntivi.....(7)

Ogni comunicazione relativa al presente CONCORSO deve essere fatta :

- al seguente indirizzo di posta ordinaria:
..... (C.A.P.)

- al seguente indirizzo P.E.C. (solo per coloro che inoltreranno la domanda con tale mezzo):
.....

Tel. n.

Data.....

FIRMA

.....

- 1) n caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicarne i motivi.
- 2) In caso contrario indicare le condanne penali riportate facendo riferimento alle dichiarazioni di cui al punto 3) del bando.
- 3) Indicare la denominazione e l'indirizzo completo dell'Istituto o Ente e la data di conseguimento dei titoli. Per le specializzazioni conseguite ai sensi del D.Lgs 257/91 o del D.Lgs 368/99, specificare la durata del corso.
- 4) Per la valutazione del servizio militare ai sensi della legge 958/86 indicare la posizione ed il servizio attestati nel foglio matricolare.
- 5) Indicare le cause della eventuale risoluzione dei rapporti di impiego.
- 6) Allegare/autocertificare il titolo che dà diritto alla riserva.
- 7) Tale precisazione è richiesta solo ai candidati portatori di handicap, ai sensi della L. 5.2.92, n. 104.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____,

residente a _____(Prov. _____),

Via _____, n. _____,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA DI AVER PARTECIPATO
ALLE SEGUENTI INIZIATIVE DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE**

<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> convegno	<input type="checkbox"/> congresso	<input type="checkbox"/> seminario	<input type="checkbox"/> meeting	<input type="checkbox"/>
altro					
sul tema:					
organizzato da:					
località dove si è svolto:					
periodo: dalal con esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI					
per complessive giornate n.		per complessive ore n.		crediti n.	

<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> convegno	<input type="checkbox"/> congresso	<input type="checkbox"/> seminario	<input type="checkbox"/> meeting	<input type="checkbox"/>
altro					
sul tema:					
organizzato da:					
località dove si è svolto:					
periodo: dalal con esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI					
per complessive giornate n.		per complessive ore n.		crediti n.	

<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> convegno	<input type="checkbox"/> congresso	<input type="checkbox"/> seminario	<input type="checkbox"/> meeting	<input type="checkbox"/>
altro					
sul tema:					
organizzato da:					
località dove si è svolto:					
periodo: dalal con esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI					
per complessive giornate n.		per complessive ore n.		crediti n.	

PER ULTERIORI DICHIARAZIONI, UTILIZZARE COPIE DEL PRESENTE MODELLO

(luogo, data)

(firma per esteso in originale del dichiarante)

La presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità personale in corso di validità.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____,

residente a _____(Prov. _____),

Via _____, n. _____,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA
DI AVER PRESTATO SERVIZIO

presso PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

- Denominazione ed indirizzo completo della P.A.

.....

- nel profilo di disciplina

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno): Inizio/...../..... Fine/...../.....

Rapporto di lavoro:

subordinato a tempo indeterminato; subordinato a tempo determinato;

Altro (utilizzare nel caso di attività didattica, prestazioni occasionali, frequenza volontaria, stage, tirocini, volontariato, ecc.);

Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001);

Specialista Ambulatoriale (SAI) con n. ore settimanali

Tempo pieno A part-time Indicare sempre n. ore settimanali

Eventuale aspettativa senza assegni: dal al

Si precisa che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79. (In caso positivo, annullare la dichiarazione e precisare la misura della riduzione del punteggio di anzianità).

presso PRIVATI

- Denominazione ed indirizzo completo della ditta

.....

- Con la qualifica di

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno): inizio/...../..... fine/...../.....

Rapporto di lavoro:

subordinato a tempo indeterminato; subordinato a tempo determinato; Altro

Contratto libero – professionale;

Tempo pieno Part-time Indicare sempre n. ore settimanali

Eventuale aspettativa senza assegni: dal al

PER ULTERIORI DICHIARAZIONI, UTILIZZARE COPIE DEL PRESENTE MODELLO

(luogo, data)

(firma per esteso in originale del dichiarante)

La presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità personale in corso di validità.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

