

**FAC-SIMILE DI DOMANDA DI AMMISSIONE - DA COMPILARE IN CARTA SEMPLICE**

AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA ULSS N. 19  
PIAZZA DEGLI ETRUSCHI N. 9  
45011 ADRIA (RO)

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ (codice fiscale \_\_\_\_\_), chiede di essere ammesso al concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di **n. 1 Coadiutore Amministrativo Esperto - Categoria B livello economico Super (BS) - riservato alle persone disabili di cui all'art. 1 della Legge 12.03.1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"**, indetto da codesta Amministrazione, con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso DPR 445/2000:

1. di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere attualmente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

2. di essere in possesso della cittadinanza italiana ( o condizione equivalente) (1);

3. di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (2);

4. di non avere/avere riportato condanne penali e di non avere/avere procedimenti penali in corso (3);

5. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio richiesti per l'ammissione al concorso (4);

. \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;  
. \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

6. di appartenere alla categoria di cui all'art. 1 della Legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" \_\_\_\_\_;

7. di essere iscritto nelle liste provinciali delle categorie previste dalla Legge 12.03.1999, n. 68 - art. 8, della Provincia di \_\_\_\_\_ (indicare indirizzo completo) dal \_\_\_\_\_;

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

9. di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni \_\_\_\_\_(5);

10. di scegliere la seguente lingua straniera: \_\_\_\_\_ al fine dell'accertamento della stessa in sede di prova orale (6);

11. di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto a precedenza o preferenza, a parità di punteggio \_\_\_\_\_;

12. di essere/non essere incorso nella destituzione, dispensa o decadenza da precedenti impieghi presso la Pubblica Amministrazione;

13. che la documentazione allegata alla presente domanda, in fotocopia semplice e specificatamente individuata in apposito elenco, è conforme all'originale ai sensi dell'art. 19 del DPR n. 445/2000. A tal fine si allega fotocopia di un documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ (7);

14. di richiedere il seguente ausilio per sostenere le prove d'esame, in quanto riconosciuto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della legge n. 104/1992 (da dichiarare solo in presenza di handicap riconosciuto) \_\_\_\_\_;

15. di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di concorso pubblico.

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_, impegnandosi a comunicare per iscritto, eventuali variazioni del recapito, chiede che tutte le comunicazioni riguardanti il presente concorso pubblico, vengano fatte al seguente indirizzo:

Sig. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

(Cap \_\_\_\_\_), Comune \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_

n. tel. \_\_\_\_\_

Autorizza infine, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, l'Amministrazione dell'Azienda ULSS N. 19 di Adria al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura concorsuale, per le finalità espresse nell'apposito paragrafo inserito nel concorso pubblico sotto il titolo "Trattamento dei dati personali".

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma da non autenticare)

Note:

(1) salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti o la cittadinanza di uno degli stati dell'Unione Europea;  
(2) in caso positivo, specificare in quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;

(3) in caso affermativo, specificare quali e in caso negativo dichiararne espressamente l'assenza;

(4) indicare i titoli di studio, le date e gli istituti presso i quali sono stati conseguiti;

(5) in caso affermativo, specificarne la qualifica, i periodi, e gli eventuali motivi di cessazione;

(6) specificare una lingua scelta tra il francese, inglese, tedesco o spagnolo;

(7) la fotocopia del documento di identità personale valida deve essere allegata da parte di chi presenta la domanda a mezzo servizio postale.

**ALLEGATO B)**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

**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 alle dipendenze**

**Pubblica Amministrazione** -  **Privati** -

- Denominazione Ente \_\_\_\_\_;

- Indirizzo completo \_\_\_\_\_ n° telefono \_\_\_\_\_;

- Con la qualifica di \_\_\_\_\_ nella disciplina di \_\_\_\_\_;

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fine \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contratto libero — professionale;  Contratto Co.Co.Co.;  Borsa di Studio;  Specialista Ambulatoriale (SAI);  
 Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;  tempo determinato;  Altro \_\_\_\_\_;

Tempo pieno;  Tempo parziale;  part-time;

Indicare sempre n. ore settimanali \_\_\_\_\_;

Eventuale aspettativa senza assegni dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

**Pubblica Amministrazione** -  **Privati** -

- Denominazione Ente \_\_\_\_\_;

- Indirizzo completo \_\_\_\_\_ n° telefono \_\_\_\_\_;

- Con la qualifica di \_\_\_\_\_ nella disciplina di \_\_\_\_\_;

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fine \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contratto libero — professionale;  Contratto Co.Co.Co.;  Borsa di Studio;  Specialista Ambulatoriale (SAI);  
 Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;  tempo determinato;  Altro \_\_\_\_\_;

Tempo pieno;  Tempo parziale;  part-time;

Indicare sempre n. ore settimanali \_\_\_\_\_;

Eventuale aspettativa senza assegni dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

- Nel caso di servizi prestati nell'ambito del S.S. Nazionale deve essere precisato se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79. In caso positivo, deve essere precisata la misura della riduzione del punteggio di anzianità.
- **Nel caso di: attività didattica, frequenza volontaria, stage, volontariato, tirocini, prestazioni occasionali ecc. utilizzare la casella**  **Altro, precisando la natura dell'incarico.**

In caso di ulteriori servizi, utilizzare altri moduli.

Data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (firma per esteso in originale del dichiarante)

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

La dichiarazione sostitutiva, quando non è firmata alla presenza del dipendente addetto, deve essere accompagnata dalla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un documento di identità valido ( 1 fotocopia unica per tutte le dichiarazioni sostitutive presentate).

**ALLEGATO C )**



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di ATTO di NOTORIETA'**  
(Artt.19 e 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
**consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,  
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità**

**DICHIARA**

**Con riferimento all'istanza (domanda) al concorso** \_\_\_\_\_

che i seguenti documenti **elencati** dettagliatamente, presentati in fotocopia, sono conformi all'originale, in suo possesso:

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

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso in originale del dichiarante)

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

*La dichiarazione sostitutiva, quando non è firmata alla presenza del dipendente addetto, deve essere accompagnata dalla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un documento di identità valido (1 fotocopia unica per tutte le dichiarazioni sostitutive presentate).*