

**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/ORTOTTISTA (CAT. D),  
indetto con deliberazione n° 655 del 30/11/2015  
(bando prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_)**

**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:
- laurea in Ortottica e assistenza oftalmologica classe \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_  
presso la facoltà di \_\_\_\_\_ dell'Università di \_\_\_\_\_;
  - diploma universitario di ortottista – assistente di oftalmologia di cui al D.M. 743/94 conseguito ai  
sensi del D.Lgs. 502/92 in data \_\_\_\_\_ presso  
\_\_\_\_\_;
  - 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/Ortottista (cat. D), - bando prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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/Ortottista - bando prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

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 \_\_\_\_\_