

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AL COMMISSARIO STRAORDINARIO DELL'A.S.L. DI LATINA - Viale P.L. Nervi, s.n.c.Torre G/2

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome e nome)

CHIEDE

di partecipare alla **procedura selettiva finalizzata alla stabilizzazione del personale con contratto a tempo determinato in attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 06 marzo 2015 e del Decreto del Commissario ad acta n. U00539 del 12 novembre 2015 per come modificato dal Decreto del Commissario ad acta n. U00154 del 12 maggio 2016, per numero 12 posti di Operatore Socio Sanitario, presso l'A.S.L. di Latina.**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di essere nato/a a _____ Prov _____ il _____
Codice Fiscale _____ e di essere residente nel Comune
di _____ Prov _____ Via _____ n. _____
CAP _____ Tel _____ PEC _____ ;

- di eleggere a domicilio per ogni necessaria comunicazione, il seguente indirizzo di posta elettronica certificata: (in caso di mancata indicazione vale l'indirizzo di cui al punto precedente):
PEC _____

- di essere cittadino/a _____ ovvero _____ ;

di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ Prov _____ ;
ovvero:

di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare i motivi della mancata iscrizione o cancellazione dalle liste elettorali) _____ ;



di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso;

ovvero:

di aver riportato le seguenti condanne penali, o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti _____;

- di non essere stato dispensato o destituito dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni, o interdetto da Pubblici Uffici, in base a sentenza passata in giudicato;

- di essere in possesso dell'idoneità fisica specifica alla mansione oggetto del Concorso;

di essere portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104 del 05/02/1992 e di avere necessità di usufruire, durante lo svolgimento delle prove, di tempi aggiuntivi e/o dei seguenti ausili _____;

di essere in possesso dei seguenti titoli comprovanti il diritto ad usufruire di precedenza o preferenze di legge: _____;

di avere a carico n. _____ figli;

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____, conseguito presso _____ in data _____;

di essere in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario, conseguito presso _____ in data _____;

- di aver maturato l'anzianità di servizio di almeno 3 anni alla data del 30 ottobre 2013, nel quinquennio 30 ottobre 2008 – 30 ottobre 2013, con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato (anche non continuativo), alle dipendenze delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della regione Lazio, nel profilo a selezione per come di seguito indicato:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione):

Dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa)

Profilo professionale (indicare esatta denominazione)

Natura rapporto

Tipologia del rapporto di lavoro

A tempo pieno / a tempo parziale:

(ripetere in caso di periodi frazionati)

Per i candidati di sesso maschile – di essere nei confronti del servizio militare, nella seguente posizione:

- Servizio militare non assolto ai sensi della L.226/2004;
- Servizio militare non assolto per i seguenti motivi.....
- Servizio militare assolto: giorno di incorporazione in data.....e giorno di congedo in data..... corpo di appartenenza..... grado conseguito

- di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/6/2003;

- di accettare, senza riserva, tutte le prescrizioni e precisazioni contenute nel presente avviso e tutte le norme in esso richiamate.

Si allega alla presente domanda la sotto elencata documentazione, accettando le condizioni fissate nel bando, nonché quelle che disciplinano e disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale dipendente da pubbliche amministrazioni e nello specifico della Azienda U.S.L. di Latina:

- Curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato, redatto ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. n. 445/2000;
- Elenco in duplice copia ed in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati, datato e firmato;
- COPIA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' PERSONALE*, leggibile in tutte le sue parti, in corso di validità;
- Altro _____.

Data, _____

In fede

Il dichiarante

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')

Il sottoscritto
codice fiscale
nato a il
residente in Via/Piazza n
Località Prov. CAP
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai
sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 e sotto la propria
personale responsabilità

DICHIARA

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Titoli di studio:

conseguita presso
voto in data
Per i titoli conseguiti all'Estero: Riconoscimento n.rilasciato da.....
.....il
Specializzazione in conseguita presso
voto in data
Per i titoli conseguiti all'Estero: riconoscimento n.rilasciato da.....
.....il

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario)
conseguito presso
in data

Iscrizione all'Albo/Collegio n. di dal
ovvero indicare il Paese Europeo di iscrizione

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione):
Tipologia :
Dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa)
Profilo professionale (indicare esatta denominazione, disciplina:
Tipologia del rapporto di lavoro.....
A tempo indeterminato / a tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)
A tempo pieno / a tempo parziale:
Ricorrono / non ricorrono (cancellare l'ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le
condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma DPR 761/1979

Indicare i periodi di interruzione del servizio per aspettativa/congedo o altre assenze non retribuite:
Dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa)
Motivazione dell'assenza

Pubblicazioni /abstract / poster / altro presentate (indicare se originale,copia conforme o altro):

Titolo:
Autori
Rivista scientifica / altro
Originale/copia conforme/file PDF (cancellare le ipotesi che non interessano)

Attività di docenza svolte:

Titolo del Corso
Ente Organizzatore
Data/e di svolgimento..... Ore docenza n.
Materia di insegnamento:.....

Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, etc:

Titolo del Corso
Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento.....
Data/e di svolgimento..... Ore complessive n.
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti):

Altre attività svolte (utilizzare questo spazio per dichiarare, ad esempio, borse di studio, assegni di ricerca, tirocini volontari ed attività similari, seguendo lo schema utilizzato per le esperienze lavorative e/o professionali):

.....
.....
.....

(Solo per i cittadini di Stati membri della Unione Europea) Dichiarazione relativa al godimento dei diritti civili e politici negli stati di appartenenza o provenienza, al possesso di tutti i requisiti previsti per i cittadini italiani, ad eccezione della cittadinanza italiana, nonché di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana:

.....
.....

Il sottoscritto dichiara inoltre che le fotocopie eventualmente allegate sono conformi agli originali in suo possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nel presente curriculum corrisponde al vero.
Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità.

Luogo e data

FIRMA.....