

**AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA  
Via Ravona n. 20  
22042 - SAN FERMO DELLA BATTAGLIA (CO) -**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_  
**nato/a a** \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_)  
**il** \_\_\_\_\_ **e residente in** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) **C.A.P.** \_\_\_\_\_  
**Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter partecipare al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. \_\_\_\_ post \_\_ di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

- 1.**  di essere in possesso della cittadinanza italiana  
 di essere in possesso della cittadinanza del seguente Stato appartenente alla CE \_\_\_\_\_  
 di essere in possesso della cittadinanza dello Stato di \_\_\_\_\_  
 titolare del diritto / permesso di \_\_\_\_\_  
 titolare dello status di rifugiato  
 titolare dello status di protezione sussidiaria
- 2.** per i cittadini italiani:  
 di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo \_\_\_\_\_  
per i cittadini degli altri Paesi:  
 di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza  
ovvero (specificare i motivi in caso negativo) \_\_\_\_\_
- 3.**  di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso  
 di avere subito le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_  
 di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_  
presso il Tribunale di \_\_\_\_\_
- 4.**  di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:  
\_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- 5.**  di essere iscritto/a all'albo professionale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- 6.**  di aver prestato i servizi come specificati nella dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata alla presente domanda la quale costituisce parte integrante della stessa
- 7.**  di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni o licenziato/a a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo contratto collettivo

8.  di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso
9.  di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10.  di appartenere a categorie con diritto a riserve o a preferenze ai sensi della normativa statale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11.  di appartenere a categorie con diritto alla riserva prevista dalla Legge 13.03.1999 n. 68, di trovarsi in stato di disoccupazione, ai sensi dell'art. 8, comma 2, e di essere iscritto nello specifico elenco istituito presso l'Ufficio competente di \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
12.  che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.**

**Il/la sottoscritto/a, dichiara di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente concorso pubblico.**

**Il/la sottoscritto/a, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D.Lgs 30.06.2003 n. 196.**

**Il/la sottoscritto/a, chiede, infine, che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni, ed esonera l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità:**

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_)

PEC o CEC – PAC (intestata al sottoscritto) \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a avendo indicato l'indirizzo di PEC o CEC – PAC accetta che lo stesso diventi il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana.**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DEGLI ARTT. 38 E 39 D.P.R. 28.12.2000, N. 445

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_