

AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIMINI
Via Coriano, 38 47900 Rimini (RN)

A) Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ il _____ residente in via _____

(città) _____ (_____) c.a.p. _____

chiede di essere ammesso/a al concorso pubblico per titoli ed esami finalizzato alla stabilizzazione del lavoro precario e alla valorizzazione delle esperienze lavorative svolte presso l'Ausl di Rimini per:

N. 1 POSTO DI DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

A TAL FINE IL/LA SOTTOSCRITTO/A , PREVENTIVAMENTE AMMONITO CIRCA LA RESPONSABILITÀ PENALE CUI, AI SENSI DELL'ART. 76 DEL DPR N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI FALSITÀ IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI,

DICHIARA

(Attenzione è OBBLIGATORIO compilare gli spazi vuoti e barrare le caselle corrispondenti alla scelta):

Che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente concorso e' il seguente:

Via _____ Comune _____ (_____) C.A.P. _____

recapito telefonico (1) _____ recapito telefonico (2) _____

B) Di essere in possesso della cittadinanza _____

C) Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____

ovvero:

di **non essere iscritto nelle liste elettorali** per il seguente motivo: _____

D) Di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti

ovvero:

di avere riportato le seguenti **condanne penali** e/o di avere i seguenti **procedimenti penali pendenti (precisare gli artt. del Codice Penale e di Procedura Penale)** _____

N.B. da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono e perdono giudiziale;

E) Di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione previsti dal bando:

diploma di laurea (vecchio ordinamento) _____

conseguita il _____ presso _____

ovvero

laurea specialistica **magistrale** in _____

conseguita il _____ presso _____

durata anni _____

equipollente ai sensi del (indicare normativa di riferimento) _____

e

cinque anni di servizio effettivo, corrispondente alla medesima professionalità, prestato in Enti del Servizio Sanitario Nazionale nelle posizioni funzionali appartenenti alle categorie D -DS

DENOMINAZIONE ENTE SSN: _____ QUALIFICA _____

INCARICO SVOLTO DAL(indicare giorno/mese/anno) _____ al (indicare giorno/mese/anno) _____

ovvero

in qualifiche funzionali di settimo, ottavo e nono livello di altre Pubbliche Amministrazioni

DENOMINAZIONE P.A: _____ QUALIFICA _____

INCARICO SVOLTO DAL(indicare giorno/mese/anno) _____ al (indicare giorno/mese/anno) _____

F) di avere effettuato il servizio militare di leva o servizio civile dal _____ al _____ con mansioni di _____
ovvero

di essere, nei confronti degli **obblighi militari**, nella seguente posizione: _____

G) Di **non avere prestato** servizio presso pubbliche amministrazioni

ovvero:

Di avere prestato **servizio** (solo incarichi di dipendenza a tempo determinato ed indeterminato) presso **Pubbliche Amministrazioni** (dichiarare dettagliatamente anche nel curriculum e allegare certificazioni originali o copie autocertificate):

1. DENOMINAZIONE P.A.: _____ QUALIFICA _____
INCARICO SVOLTO DAL(indicare giorno/mese/anno) _____ al (indicare giorno/mese/anno) _____
QUALIFICA _____
A TEMPO PIENO
A PART-TIME Numero ore settimanali _____
A TEMPO DEFINITO Numero ore settimanali _____

2. DENOMINAZIONE P.A.: _____ QUALIFICA _____
INCARICO SVOLTO DAL(indicare giorno/mese/anno) _____ al (indicare giorno/mese/anno) _____
QUALIFICA _____
A TEMPO PIENO
A PART-TIME Numero ore settimanali _____
A TEMPO DEFINITO Numero ore settimanali _____

Di avere **diritto alla riserva** del posto ai sensi della seguente normativa _____ per il seguente motivo:
_____ (allegare certificati come indicato nel bando)

Di avere **diritto alla preferenza**, in caso di parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5 DPR 487/94 per il seguente motivo (esempio: n. figli a carico, invalidità ecc): _____ (allegare certificati come indicato nel bando)

H) Di prestare consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs 196/03)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI
VALIDITA'

Il/la sottoscritto/a preventivamente ammonito/a circa la responsabilità penale cui, ai sensi del DPR n. 445 /2000, del 28 dicembre 2000, può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA INOLTRE

- Che tutti i documenti riprodotti in copia semplice, allegati alla presente domanda di partecipazione, sono conformi all'originale in possesso dell/la sottoscritto/a;
- Che quanto dichiarato nel CURRICULUM VITAE allegato, corrisponde a verità

Data _____

FIRMA _____
(leggibile e per esteso)

Documenti da allegare in carta semplice:

1. **COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ;**
2. **CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE REDATTO IN CARTA SEMPLICE DATATO E FIRMATO**
Attenzione! Senza firma non VIENE VALUTATO
PER TUTTE LE ATTIVITA' PROFESSIONALI BISOGNA INDICARE:
 - NOMINATIVO DATORE DI LAVORO + INDIRIZZO (per le Case di Cura indicare se accreditate o non accreditate)
 - QUALIFICA (indicare la disciplina di inquadramento)
 - TIPOLOGIA CONTRATTUALE (contratto LP- CoCoCo- dipendente ecc)
 - DATA INIZIO /DATA FINE ATTIVITA' (giorno mese anno)
 - TEMPO PIENO O TEMPO PARZIALE O TEMPO DEFINITO (indicare orario settimanale)
3. **ELENCO NUMERATO** di tutti i documenti e titoli presentati, REDATTO IN TRIPLICE COPIA, **DATATO E FIRMATO**
4. **DOCUMENTI** (in originale o in fotocopia autocertificata) **numerati come da elenco**