

MODELLO DI DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE A PUBBLICO CONCORSO
TESTO DISPONIBILE SUL SITO INTERNET www.aod.it (voce: concorsi)

Spett.le
Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda
Settore Reclutamento e Fabbisogno del Personale
Località Montecroce
25015 – DESENZANO DEL GARDA (BS)

Il/La sottoscritto/a _____, presa visione del relativo bando pubblicato per estratto sulla G.U. n. 102 del 24.12.2010

chiede

di essere ammesso/a al pubblico concorso, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 20 posti di OPERATORE SOCIO SANITARIO.

Allo scopo e sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e 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:**

(attenzione: barrare le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate)

di essere nato/a a _____ il _____
di essere residente a _____ (cap _____) in via _____ n. ____
di essere cittadino/a _____
di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (oppure: _____)
di non aver subito condanne penali

oppure

di aver riportato le seguenti condanne penali _____ (indicare la data del provvedimento e l'autorità che lo ha emesso anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale, applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 codice procedura penale ed i procedimenti penali pendenti in Italia od all'estero di cui si è a conoscenza; la dichiarazione va resa anche in assenza di condanne penali e di procedimenti penali pendenti)

di essere fisicamente idoneo all'impiego
di aver conseguito i seguenti titoli di studio:

Titolo _____
conseguito presso _____ il _____

Titolo _____
conseguito presso _____ il _____

di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi militari _____

di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso la pubblica amministrazione

di aver / non aver prestato servizio alle dipendenze di pubbliche amministrazioni (in caso di risoluzione del rapporto di lavoro, indicarne le cause);

di aver diritto all'applicazione della riserva del posto in quanto:

dipendente a tempo determinato in possesso dei requisiti aggiuntivi di cui alla L. 102/2009 per la stabilizzazione del personale precario, come da documentazione allegata

dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda nella qualifica di

_____ **avente titolo al collocamento obbligatorio previsto dalla L. 12.03.1999 n. 68 per la categoria**

_____ **militare volontario/ufficiale in ferma biennale e prefissata delle Forze Armate**

di aver diritto a preferenza in caso di parità di punteggio in quanto _____
di essere portatore di handicap a seguito di accertamenti effettuati dalle commissioni mediche di cui all'art. 4 della Legge 104/1992 e di avere necessità dei seguenti ausili ovvero dei seguenti tempi aggiuntivi:

_____ di eleggere il seguente domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni eventuale comunicazione, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonerando l'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità:

presso _____
Via/Piazza _____ n _____
C.A.P. _____ Città _____ provincia _____
Telefono n. _____

che le fotocopie dei documenti allegati sono conformi agli originali in proprio possesso, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000;

di manifestare il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

In fede.

Data _____

Firma _____

(AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA
A NORMA DELL'ART. 39 DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445)

SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

ALLEGO FOTOCOPIA FRONTE-RETRO DEL SEGUENTE DOCUMENTO D'IDENTITA':

Tipologia: _____ rilasciato il _____ da _____

SOTTOSCRIZIONE IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO, previa esibizione di un documento di identità

AZIENDA OSPEDALIERA DI DESENZANO DEL GARDA - Settore Reclutamento e Fabbisogno del Personale

Visto per sottoscrizione apposta in mia presenza

Desenzano del Garda, il _____

IL DIPENDENTE ADDETTO _____