

## SET. ASSUNZIONI E CONC

ESENTE DA BOLLO

FAC-SIMILE DI DOMANDA

AL DIRETTORE GENERALE

C/O Area Gestione Risorse Umane

Settore Assunzioni e Dotazione Organica

UFFICIO CONCORSI

A.O.U.P.

Via Enrico Toti, 76 – 90128 - Palermo

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (prov di \_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ (prov di \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_ Via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di poter partecipare all'avviso pubblico per la formazione di una graduatoria, riguardante personale da assumere con contratto a tempo determinato della durata di anni uno, eventualmente prorogabile, nel limite massimo previsto dall'art 22 CCNL del comparto Università quadriennio 2006/2009 biennio economico 2006/2007 da inquadrarsi nella fascia -- VIII - di cui all'art. 28 del C.C.N.L. Università del 27.01.2005, ex categoria "C" posizione economica "C1", profilo collaboratore socio sanitario ORTOFOTISTA - ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA - Cat. "D", Contratto Collettivo Nazionale del Servizio Sanitario Nazionale. Al personale assunto sarà attribuito il trattamento giuridico ed economico previsto dal vigente Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Comparto Università - Quadriennio Normativo 2006/2009 - Biennio Economico 2008/2009 - e dalle vigenti disposizioni di legge. E' garantita pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed al relativo trattamento.

Ed si contempo dichiara:

- di essere ( per i cittadini appartenenti a uno dei Paesi dell'Unione Europea) cittadino/a dello

## SET, ASSOCIAZIE E CONC

- Stato di \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;
  - di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo \_\_\_\_\_;
  - 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 \_\_\_\_\_;
  - di essere in possesso dei seguenti titoli di studio \_\_\_\_\_ conseguiti presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
  - di essere iscritto all'albo degli infermieri professionali di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
  - di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
  - di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso;
  - di non avere avuto un giudizio negativo dell' A.O.U.P. in precedenti rapporti lavorativi;
  - di appartenere a categorie con diritto a preferenze o precedenza ai sensi della normativa vigente: \_\_\_\_\_;
  - di accettare esplicitamente ed integralmente il giudizio insindacabile della commissione esaminatrice;
  - che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni.

**COGNOME** \_\_\_\_\_

**NOME** \_\_\_\_\_

**Via/Piazza** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_ **C.A.P.** \_\_\_\_\_

**Città** \_\_\_\_\_ **Prov.** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

Che il curriculum allegato alla presente istanza, composto da N \_\_\_\_\_ pagine, corrisponde esattamente a quanto in esso dichiarato.

Di allegare i seguenti documenti:

\_\_\_\_\_

## SET. ASSUNZINE E CONC

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Che la sottoscrizione in calce alla presente domanda comporta la totale adesione ed accettazione di tutto quanto contemplato nel bando.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali possono essere trattati, nel rispetto della Legge n. 196/2003 per gli adempimenti connessi al presente concorso

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

PARTE RISERVATA AI PORTATORI DI HANDICAP

(si intendono portatori di handicap, solo i soggetti riconosciuti tali a seguito di accertamenti effettuati dalle Aziende unità sanitarie locali, mediante le commissioni mediche di cui all'art. 4 della legge 104/92).

Dichiaro di essere portatore di handicap ai sensi della legge 104/92 e di avere necessità dei seguenti ausili \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ovvero dei seguenti tempi aggiuntivi \_\_\_\_\_

in sede di esame in relazione allo specifico handicap \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_