

**DOMANDA CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA A TEMPO PIENO ED  
INDETERMINATO DI N° DIECI POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE  
SANITARIO – INFERMIERE - CATEGORIA D**

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Ospedaliera Brotzu  
Piazzale Ricchi – 09134 Cagliari

**Compilare esclusivamente mediante pc o stampatello**

__l__ sottoscritt _____ codice fiscale _____
nat__ a _____ provincia di _____ il ____/____/____
residente in _____ provincia di _____
in via/ p.zza _____ n° _____ CAP _____
numero di telefono _____ / _____
(recapito al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente concorso e' il seguente:)
VIA _____ COMUNE _____ CAP _____
RECAPITO TELEFONICO _____ / _____
Mail _____

**CHIEDE:**

di essere ammesso/a a partecipare al Concorso Pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di n.10 posti di Collaboratore Professionale Sanitario- Infermiere –categ.D

**A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000**

**per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:**

1. di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e di essere residente a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

2. di essere in possesso della cittadinanza italiana;

3. di essere in possesso della cittadinanza del seguente Stato \_\_\_\_\_

facente parte della U.E. e di godere dei diritti civili e politici dello Stato di appartenenza;

4. di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;

5. di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_

(ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste elettorali medesime)

6. di non aver riportato condanne penali \_\_\_\_\_

ovvero di aver riportato condanne penali per \_\_\_\_\_

7. di trovarsi nella seguente posizione nei confronti degli obblighi militari (se espletato indicare qualifica e periodo nel quale è stato prestato il servizio militare) \_\_\_\_\_

8. di essere iscritto all'albo professionale \_\_\_\_\_

9. di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni

(da indicare solo con rapporto di **Dipendenza** a tempo indeterminato o determinato \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Causa di cessazione del rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

10. di accordare il consenso a che i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'  
CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE REDATTO IN CARTA SEMPLICE  
DATATO E FIRMATO

DOCUMENTI (in originale o in fotocopia autocertificata o autocertificazione)

ELENCO NUMERATO DI TUTTI I DOCUMENTI PRESENTATI DATATO E FIRMATO  
PUBBLICAZIONI (devono essere allegate in originale o in copia autenticata e non solo elencate).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

( non necessita di autenticazione ai sensi della L. n°127/97 )

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(ART.47 D.P.R.445/2000)**

\_\_l\_\_ sottoscrit\_\_ \_\_\_\_\_

cognome

nome

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**D I C H I A R A**

**DI AVER PRESTATO E/O PRESTARE SERVIZIO PRESSO LE SEGUENTI AZIENDE SANITARIE, ENTI PUBBLICI O ENTI PRIVATI SOLO SE CONVENZIONATI CON SSN**

DAL Giorno/ mese/ an  ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ent ed indirizzo	TIPO RAPPORTO <input type="radio"/> Tempo indeterminato <input type="radio"/> Tempo determinato <input type="radio"/> Tempo pieno <input type="radio"/> Part time (indicare percentu <input type="radio"/> Libero Professionista <input type="radio"/> Co.Co.Co. <input type="radio"/> Collaborazione occasionale <input type="radio"/> Interinale
DAL Giorno/ mese/ an  ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ent ed indirizzo	TIPO RAPPORTO <input type="radio"/> Tempo indeterminato <input type="radio"/> Tempo determinato <input type="radio"/> Tempo pieno <input type="radio"/> Part time (indicare percentu <input type="radio"/> Libero Professionista <input type="radio"/> Co.Co.Co. <input type="radio"/> Collaborazione occasionale <input type="radio"/> Interinale
DAL Giorno/ mese/ an  ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ent ed indirizzo	TIPO RAPPORTO <input type="radio"/> Tempo indeterminato <input type="radio"/> Tempo determinato <input type="radio"/> Tempo pieno <input type="radio"/> Part time (indicare percentu <input type="radio"/> Libero Professionista <input type="radio"/> Co.Co.Co. <input type="radio"/> Collaborazione occasionale <input type="radio"/> Interinale

**SI RENDE NOTO CHE QUALORA NON SIA POSSIBILE ACCERTARE IL SERVIZIO DICHIARATO A CAUSA DELLE INESATTE O INCOMPLETE INDICAZIONI, LO STESSO NON VERRA' VALUTATO**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**Letto, confermato e sottoscritto**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(ART.47 D.P.R.445/2000)**

\_\_l\_\_ sottoscrit\_\_ \_\_\_\_\_

cognome

nome

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**D I C H I A R A**

**DI AVER PRESTATO E/O PRESTARE SERVIZIO PRESSO I SEGUENTI ENTI PRIVATI:**

DAL Giorno/ mese/ an  ____/____/____	AL Giorno/ mese/ an  ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ent ed indirizzo	TIPO RAPPORTO <input type="radio"/> Tempo indeterminato <input type="radio"/> Tempo determinato <input type="radio"/> Tempo pieno <input type="radio"/> Part time (indicare percentu <input type="radio"/> Libero Professionista <input type="radio"/> Co.Co.Co. <input type="radio"/> Collaborazione occasionale <input type="radio"/> Interinale
DAL Giorno/ mese/ an  ____/____/____	AL Giorno/ mese/ an  ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ent ed indirizzo	TIPO RAPPORTO <input type="radio"/> Tempo indeterminato <input type="radio"/> Tempo determinato <input type="radio"/> Tempo pieno <input type="radio"/> Part time (indicare percentu <input type="radio"/> Libero Professionista <input type="radio"/> Co.Co.Co. <input type="radio"/> Collaborazione occasionale <input type="radio"/> Interinale
DAL Giorno/ mese/ an  ____/____/____	AL Giorno/ mese/ an  ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ent ed indirizzo	TIPO RAPPORTO <input type="radio"/> Tempo indeterminato <input type="radio"/> Tempo determinato <input type="radio"/> Tempo pieno <input type="radio"/> Part time (indicare percentu <input type="radio"/> Libero Professionista <input type="radio"/> Co.Co.Co. <input type="radio"/> Collaborazione occasionale <input type="radio"/> Interinale

**SI RENDE NOTO CHE QUALORA NON SIA POSSIBILE ACCERTARE IL SERVIZIO DICHIARATO  
A CAUSA DELLE INESATTE O INCOMPLETE INDICAZIONI, LO STESSO NON VERRA' VALUTATO**

**Letto, confermato e sottoscritto**

\_\_\_\_\_  
li



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**(ART.47 D.P.R.445/2000)**

\_\_l\_\_ sottoscrit\_\_ \_\_\_\_\_  
cognome nome

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara di aver svolto le seguenti attività di docenza:

TITOLO CORSO	ENTE ORGANIZZATORE	DATA SVOLGIMENTO	MATERIA DI INSEGNAMENTO	N° ORE DOCENZA

**Letto, confermato e sottoscritto**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **li** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(ART.47 D.P.R.445/2000)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nat. a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara di essere in possesso delle sotto elencate certificazioni:

TIPO ATTIVITA' SVOLTA Nel profilo prof.le oggetto del Concorso <input type="radio"/> <b>Volontario</b> <input type="radio"/> <b>Borsista</b> <input type="radio"/> <b>Ricercatore</b> <b>Altro (specificare)</b>	DAL Giorno/ mese/ anno _____/_____/_____   	AL Giorno/ mese/ anno _____/_____/_____   	ENTE
TIPO ATTIVITA' SVOLTA Nel profilo prof.le oggetto del Concorso <input type="radio"/> <b>Volontario</b> <input type="radio"/> <b>Borsista</b> <input type="radio"/> <b>Ricercatore</b> <b>Altro (specificare)</b>	DAL Giorno/ mese/ anno _____/_____/_____   	AL Giorno/ mese/ anno _____/_____/_____   	ENTE
TIPO ATTIVITA' SVOLTA Nel profilo prof.le oggetto del Concorso <input type="radio"/> <b>Volontario</b> <input type="radio"/> <b>Borsista</b> <input type="radio"/> <b>Ricercatore</b> <b>Altro (specificare)</b>	DAL Giorno/ mese/ anno _____/_____/_____   	AL Giorno/ mese/ anno _____/_____/_____   	ENTE

**Letto, confermato e sottoscritto**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **li** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO  
(ART.46 D.P.R.445/2000)**

Il / la sottoscritt\_\_\_\_\_   
 nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_   
 residente \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 in via \_\_\_\_\_   
 consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di studio:

\_\_\_\_\_   
 conseguito presso \_\_\_\_\_   
 in data \_\_\_\_\_ con il seguente punteggio\_\_\_\_\_

Dichiara altresì di essere informato / a, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
**(D.P.R. 445/2000)**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, consapevole, ai  
sensi di quanto disposto dal D.P.R. 445/00, delle sanzioni penali cui può andare  
incontro in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

Di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sottoelencati sono  
conformi agli originali di cui è in possesso o il cui originale è depositato presso le  
persone fisiche o giuridiche sottoelencate (indicare per ciascun documento i dati  
relativi alla persona fisica o giuridica che possiede gli originali).

Descrizione documento	Indicazione possessore
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 445/00 relativo alla decadenza dai  
benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, qualora l'Azienda  
Ospedaliera "G. Brotzu", a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto  
della presente dichiarazione.

Di accordare il consenso, in base al D. Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di  
protezione dei dati personali), affinché i propri dati possano essere trattati ed essere  
oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di  
legge.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
Il dichiarante \_\_\_\_\_

- Il dichiarante deve allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, debitamente sottoscritto.