

**DOMANDA CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA
A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO DI N. 36 (TRENTASEI) POSTI
OPERATORE SOCIO SANITARIO CATEGORIA B LIVELLO SUPER**

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 _____ / _____

CHIEDE:

di essere ammesso/a a partecipare al pubblico concorso per titoli ed esami per la copertura di:

n. 36 POSTI OPERATORE SOCIO SANITARIO CATEGORIA B LIVELLO SUPER

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 essere nella seguente posizione per ciò che concerne gli obblighi militari (per i concorrenti di sesso maschile nati entro il 31.12.1985 - Legge 23.08.2004 n. 226):

(barrare la casella che interessa)

- obbligo assolto;
- esonerato;
- congedato senza demerito dalla ferma triennale o quinquennale;

8. di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito il _____ presso _____

9. di essere in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario, conseguito in data _____
presso _____

10. 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 _____

11. di essere in possesso dei seguenti titoli che danno **diritto alla riserva** del posto per il seguente motivo: _____ (allega attestazione)

12. di essere in possesso dei seguenti titoli che danno **diritto alla preferenza in caso di parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5 del DPR 487/94** per il seguente motivo: _____ (allega attestazione)

13. Di avere necessità in quanto portatore di handicap ai sensi della L.104/1992 del seguente ausilio _____ e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi;

14. 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 sottoscritt _____

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**

Compilare esclusivamente mediante pc o stampatello

DAL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente 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 percentuale) <input type="radio"/> Libero Professionista <input type="radio"/> Co.Co.Co. <input type="radio"/> Collaborazione occasionale <input type="radio"/> Interinale
DAL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente 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 percentuale) <input type="radio"/> Libero Professionista <input type="radio"/> Co.Co.Co. <input type="radio"/> Collaborazione occasionale <input type="radio"/> Interinale
DAL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente 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 percentuale) <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)**

I sottoscritt _____

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/ anno ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente 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 percentuale) <input type="radio"/> Libero Professionista <input type="radio"/> Co.Co.Co. <input type="radio"/> Collaborazione occasionale <input type="radio"/> Interinale
DAL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente 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 percentuale) <input type="radio"/> Libero Professionista <input type="radio"/> Co.Co.Co. <input type="radio"/> Collaborazione occasionale <input type="radio"/> Interinale
DAL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente 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 percentuale) <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 partecipato ai seguenti corsi di aggiornamento, convegni, seminari, ecc:

TITOLO DEL CORSO	ENTE ORGANIZZATORE	DATA SVOLGIMENTO	N. GIORNI	TIPO DI CORSO
				<input type="radio"/> Con esame finale <input type="radio"/> Senza esame <input type="radio"/> Quale Relatore <input type="radio"/> Quale Uditore
				<input type="radio"/> Con esame finale <input type="radio"/> Senza esame <input type="radio"/> Quale Relatore <input type="radio"/> Quale Uditore
				<input type="radio"/> Con esame finale <input type="radio"/> Senza esame <input type="radio"/> Quale Relatore <input type="radio"/> Quale Uditore

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)

__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 essere in possesso delle sotto elencate certificazioni:

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

1. di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di studio: _____
 conseguito presso _____
 in data _____ con il seguente punteggio _____

2. di essere in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario, conseguito in data _____ presso _____

Specificare denominazione completa dell'Istituto o degli istituti in cui i titoli sono stati conseguiti

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)

Io 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.