

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO DI:

.....

Timbro di pervenuto	Riservato all'ufficio
---------------------	-----------------------

Tutte le dichiarazioni rilasciate e contenute nella presente domanda di ammissione nonché i documenti allegati sono soggetti alle disposizioni del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000. Le dichiarazioni mendaci verranno perseguite penalmente ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia come previsto dall'art. 76 del summenzionato testo unico.

Qualora da controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade da tutti i benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di tale dichiarazione,

Il/La sottoscritto/a	
nato a	il
domiciliato/a a	(prov.) C.A.P.
Via	n.
codice fiscale	

fa domanda per il posto succitato

ed a tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

1) <input type="checkbox"/> di essere cittadino/a italiano/a/, o cittadino/a del seguente stato membro dell'UE: _____ <input type="checkbox"/> altro, avente diritto ai sensi del art. 38 del D.Lgs n. 165/2001: _____ allegare documento che attesti il diritto di cui sopra (es. permesso di soggiorno,...)
2) <input type="checkbox"/> di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di _____ <input type="checkbox"/> di non essere iscritto/a nelle liste elettorali di un comune per i seguenti motivi _____ _____.

3) di non avere mai riportato condanne penali e di non essere sottoposto a procedimenti penali;
 di essere sottoposto al seguente procedimento penale: _____
 di aver riportato le seguenti condanne penali: _____
 (sono da indicare anche le condanne penali per reati che sono stati dichiarati estinti nonché quelle che hanno beneficiato della non menzione nel casellario giudiziale)

4) di prestare o di aver prestato servizio presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige presso il C.S di _____;

5) di non essere mai stato/a dichiarato/a destituito/a, dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, o interdetto/a dai pubblici uffici o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni
 di essere stato/a dichiarato/a destituito/a, dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, o interdetto/a dai pubblici uffici o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per il seguente motivo: _____;

6) (solo per candidati maschili): di aver assolto gli obblighi militari:
 servizio militare servizio civile dal _____ al _____
 di **non** aver assolto gli obblighi militari per il seguente motivo: _____

6bis) di appartenere alle categorie dei volontari delle Forze Armate, ai sensi del art. 1014 e art. 678 del D.Lgs. 66/2010

7) di possedere l'idoneità fisica all'impiego;

8) di appartenere ad una delle categorie di cui all'art. 1 della legge n. 68 del 12.03.1999 dalla data _____ (ultimo aggiornamento) percentuale _____

9) di aver bisogno, in relazione al proprio handicap, ai sensi della legge n. 104 del 05.02.1992, (da dimostrare con apposita documentazione), di:
 tempi aggiuntivi e/o
 del seguente ausilio per lo svolgimento delle prove d'esame: _____;

10) di essere in possesso/a del seguente attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca rilasciato in data _____ dall'ufficio Esami di Bi-Trilinguismo della Provincia Autonoma di Bolzano
 A B C D;

11) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio

Elencare i titoli di studio richiesti per l'ammissione al concorso, nonché eventuali ulteriori (es. licenza di scuola elementare, diploma di scuola media, attestato di qualificazione professionale di ..., superamento classi intermedie, diploma di maturità di ..., diploma di specializzazione ..., superamento anni/esami universitari, diploma di laurea breve in ..., diploma di laurea in ...), l'istituto presso il quale sono stati conseguiti, l'anno di conseguimento, la relativa durata, e la città della scuola/istituto ..

Titolo	scuola/istituto/istituzione	anno	durata ufficiale	Città

12) di essere in possesso del riconoscimento italiano del diploma conseguito all'estero (riconoscimento rilasciato dal seguente ente _____ con data _____ o domanda di riconoscimento inoltrato il giorno _____ al seguente ente _____)

13) che tutte le comunicazioni relative alla domanda o ad un'eventuale assunzione dovranno essere fatte esclusivamente al seguente indirizzo o indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): _____ (PEC)
 Via _____ n. _____
 Località _____ C.A.P. _____ n.. tel. _____ / _____

14) ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del D.P.R. n. 752 del 26.07.1976, intende sostenere le previste prove d'esame in lingua: italiana tedesca

15) Per le candidate/i candidati non residenti in Provincia di Bolzano:
 La/Il sottoscritta/o dichiara di non essere residente in Provincia di Bolzano ed intende pertanto avvalersi del diritto di rendere la dichiarazione di appartenenza o aggregazione ad uno dei tre gruppi linguistici e di presentare la relativa certificazione fino all'inizio della prima prova concorsuale.

Di voler essere inserito nelle seguenti graduatorie: (si possono barrare uno o più comprensori a scelta del candidato)

Comprensorio Sanitario di Bolzano
 Comprensorio Sanitario di Merano
 Comprensorio Sanitario di Bressanone
 Comprensorio Sanitario di Brunico

Inoltre dichiara:

di essere **anche** interessato/a a rapporti di lavoro a part-time.
 di essere **solo** esclusivamente interessato/a a rapporti di lavoro a part-time
 di **non** essere **assolutamente** interessato/a a rapporti di lavoro a part-time.

Inoltre dichiara, di essere interessato/a a **incarichi di supplenza e/o incarichi a tempo determinato:**
 tempo pieno **anche part-time** **solo** esclusivamente part-time

Data _____ **Firma** _____

_____, responsabile impiegato/a conferma per la ricevuta, che la domanda è stata firmata in sua presenza e che il candidato/a, che ha presentato/a la domanda, è stato/a identificato/a con _____.

Firma dell'incaricato: _____

In ogni caso alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:

- Fotocopia di una carta d'identità valida
- Certificazione relativa all'appartenenza o aggregazione ad uno dei tre gruppo linguistici (vedi punto 4 lettera b) del bando di concorso)
- Curriculum formativo e professionale redatto su carta semplice, datato e firmato

Titolare dei dati è l'Azienda Sanitari dell'Alto Adige. I dati forniti verranno trattati dall'Amministrazione dell'Azienda Sanitari anche in forma elettronica, per l'applicazione del regolamento di esecuzione n. 20 del 30.05.2003.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento dei compiti amministrativi richiesti. In caso di rifiuto di conferimento dei dati richiesti non si potrà dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate.

In base agli articoli 7-10 del D.Lgs. 196/2003 il/la richiedente ottiene con richiesta l'accesso ai propri dati, l'estrapolazione ed informazioni su di essi e potrà, ricorrendone agli estremi di legge, richiederne l'aggiornamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco.

La sottoscrizione della presente domanda con le dichiarazioni sostitutive ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 non deve essere autenticata, se la presente domanda viene sottoscritta davanti al responsabile impiegato, risp. se la domanda viene consegnata accompagnata

da una fotocopia della carta d'identità del candidato

RISERVATO ALL'UFFICIO:

- corrisponde ai requisiti di accesso;
- non corrisponde ai requisiti di accesso, poichè: _____

Elenco dei documenti allegati:

1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	
13)	
14)	
15)	

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 previste in caso di dichiarazioni mendaci sotto la propria responsabilità che le fotocopie presentate unitamente all'istanza ed indicate nel elenco di cui sopra sono conformi all'originale in mio possesso

Data e firma

Allegato 2**Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000**

Nome e Cognome _____

Di aver / di prestare servizio presso i seguenti enti pubblici :(non serve indicare il servizio presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, è sufficiente barrare punto 4)

Ente pubblico	Periodo	Profilo professionale	Qualifica funzionale	Rapporto di lavoro (determinato, indeterminato, libero professionista, collaboratore...)	Orario di lavoro (tempo pieno o part-time con percentuale, numero complessivo delle ore per liberi professionisti)
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				

EVENTUALI PERIODI DI ASPETTATIVA O INTERRUZIONI DI SERVIZIO SONO DA SPECIFICARE

motivo:	dal	al
motivo:	dal	al

Data e firma: _____

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Nome e Cognome _____

di aver / di prestare servizio presso i seguenti datori di lavoro privati:

Datore di lavoro/ditta	periodo	profilo professionale	qualifica funzionale	rapporto di lavoro (determinato, indeterminato, libero professionista, collaboratore, ecc.)	Orario di lavoro (tempo pieno o part-time con percentuale)
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				

EVENTUALI PERIODI DI ASPETTATIVA O INTERRUZIONI DI SERVIZIO SONO DA SPECIFICARE

motivo:	dal _____	al _____
motivo:	dal _____	al _____

Data e firma: _____

Dichiarazione ai fini dell'applicazione delle preferenze a parità di merito in una graduatoria
(art. 5 D.P.R. n. 487/1994)

Nome / Cognome : _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Segnare con crocetta

<input type="checkbox"/> di non avere figli
<input type="checkbox"/> di avere _____ figli, di cui _____ figli a carico, età _____
<input type="checkbox"/> militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma
<input type="checkbox"/> colore che abbiano prestato servizio militare come combattenti
<input type="checkbox"/> insignito/a di medaglia al valore militare
<input type="checkbox"/> mutilato/a ed invalido/a di guerra ex combattenti
<input type="checkbox"/> mutilato/a ed invalido/a per fatto di guerra
<input type="checkbox"/> mutilato/a ed invalido/a per servizio nel settore pubblico e privato
<input type="checkbox"/> orfano/a di guerra
<input type="checkbox"/> orfano/a dei caduti pe fatto di guerra
<input type="checkbox"/> orfano/a dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato
<input type="checkbox"/> ferito/a in combattimento
<input type="checkbox"/> insignito/a di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonchè i capi di famiglia numerosa;
<input type="checkbox"/> figlio/a dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
<input type="checkbox"/> figlio/a dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra
<input type="checkbox"/> figlio/a dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato
<input type="checkbox"/> genitore vedovo non risposato, coniuge non risposato e sorella o fratello vedovo/a non sposato/a dei caduti di guerra
<input type="checkbox"/> genitore vedovo non risposato, coniuge non risposato e sorella o fratello vedovo/a non sposato/a dei caduti per fatto di guerra
<input type="checkbox"/> genitore vedovo non risposato, coniuge non risposato e sorella o fratello vedovo/a non sposato/a dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato
<input type="checkbox"/> coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno, nell'amministrazione che ha indetto il concorso
<input type="checkbox"/> invalido/a ed mutilato/a civile

Data e firma: _____