

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO DI:**

***DIRIGENTE SANITARIO/A - MEDICO/A, DISCIPLINA:  
IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA***

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.	, n. tel.	/
codice fiscale			

Fa domanda per il posto succitato ed a tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

**Allegato 1**

1) <input type="checkbox"/> di essere cittadino/a italiano/a; <input type="checkbox"/> di essere cittadino/a del seguente Stato membro dell'Unione Europea: _____
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 _____ _____.



- 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

**TITOLO DI STUDIO**

- 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, la data di conseguimento, la relativa durata, e la città della scuola/istituto ..

Titolo	scuola/istituto/ istituzione	Data	durata ufficiale	Città
1.				
2.				
3.				
4.				

- il **diploma di specializzazione** è stato conseguito ai sensi del D.Lgs. n. 257/91, modificato dal D.Lgs. n. 368/99
- il diploma conseguito all'estero è stato **riconosciuto in Italia** dal seguente ente \_\_\_\_\_  
con data \_\_\_\_\_
- la richiesta di riconoscimento del diploma conseguito all'estero è stata inoltrata al seguente ente  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- iscrizione **all'albo professionale** di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**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 ai sensi dell'art. 18 D.P.R. n. 752 del 26.07.1976 e successive modificazioni (IN BUSTA CHIUSA)  
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
- Curriculum formativo e professionale redatto su carta semplice, datato e firmato
- Al posto di dichiarazioni il/la sottoscritto/a allega alla presente domanda \_\_\_\_\_ documenti descritti nell'unito elenco.

Titolare dei dati è l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. I dati forniti verranno trattati dall'Amministrazione dell'Azienda Sanitaria 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.

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: \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'UFFICIO:**

- corrisponde ai requisiti di accesso;
- non corrisponde ai requisiti di accesso, poichè: \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO DI:**

**DIRIGENTE SANITARIO/A - MEDICO/A, DISCIPLINA:  
IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA**

---

Elenco dei documenti allegati:

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

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

Data e firma

---

**Allegato 3**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Di aver / di prestare servizio presso i seguenti **enti pubblici** :

Le assenze devono essere indicate (indicare anche la causa dell'assenza)

Ente pubblico	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)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				

Data e firma: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

**Di aver / di prestare servizio presso i seguenti datori di lavoro privati:**  
**Le assenze devono essere indicate (indicare anche la causa dell'assenza)**

<b>Datore di lavoro/ditta</b>	<b>periodo</b>	<b>profilo professionale</b>	<b>qualifica funzionale</b>	<b>rapporto di lavoro</b> (determinato, indeterminato, libero professionista, collaboratore, ecc.)	<b>Orario di lavoro</b> (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)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				

Data e firma: \_\_\_\_\_

**Allegato 4**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

di aver partecipato in qualità di **Uditore** ai seguenti corsi, convegni, seminari

Ente organizzatore	Luogo	Titolo del corso, convegno, seminario	Data / periodo	ore	Crediti ECM
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		

Data e firma: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

di aver partecipato in qualità di Relatore ai seguenti corsi, convegni, seminari

Ente organizzatore	Luogo	Titolo del corso, convegno, seminario	Data / periodo	ore	Crediti ECM
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		

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: \_\_\_\_\_