

**ALLEGATO A**

(Modello della domanda in carta semplice)

**AL COMMISARIO  
STRAORDINARIO  
ASL N.3 di Nuoro  
Via Demurtas,1  
08100 - Nuoro**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapito telefonico: \_\_\_\_\_

codice fiscale: \_\_\_\_\_

nell'autorizzare la ASL di Nuoro alla trasmissione telematica di eventuali comunicazioni connesse con la procedura selettiva al seguente indirizzo e-mail:

\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per il conferimento di **n. contratti a tempo determinato o CO.CO.CO.** nell'ambito del programma "Master and Back – Percorsi di Rientro 2009", indetta con Delibera n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ 2009, per il seguente profilo:

Codice selezione \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la sua personale responsabilità quanto segue (cancellare le voci che non interessano):

a)	<p>di essere in possesso dei requisiti di partecipazione alla selezione di cui all'art. 2, punti a) e b) del bando di selezione, come di seguito specificato:</p> <p>- titolo di studio _____ conseguito il _____ presso _____ con la votazione di _____</p> <p>- istanza di pubblicazione sulla "vetrina candidati" presentata all'Agenzia regionale del Lavoro in data _____</p>
b)	di essere in possesso dei requisiti previsti dal programma Master and Back, anno 2009;
c)	di aver concluso con successo il seguente percorso di alta formazione con Master and Back fuori dal territorio regionale della Sardegna o percorso formativo equivalente: ..... presso ..... dal ..... al.....
d)	di aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni (o di essere in servizio) e le cause di risoluzione dei rapporti di impiego: .....

e)	di essere a conoscenza delle disposizioni contenute nell'avviso relativo al programma Master and Back anno 2009- percorsi di rientro;
f)	di essere a conoscenza del fatto che la sottoscrizione del contratto di lavoro con la ASL di Nuoro sarà subordinata all'approvazione/finanziamento della domanda congiunta di finanziamento del percorso di rientro da parte della Regione Autonoma della Sardegna;
g)	di non essere stato destituito né dichiarato decaduto da altro impiego statale per averlo conseguito mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
h)	di essere fisicamente idoneo all'impiego al quale la selezione si riferisce
i)	di essere in possesso della cittadinanza _____;
l)	di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
m)	di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti;
n)	che la propria posizione, per quanto concerne gli obblighi militari, è la seguente: _____
o)	di aver allegato l'elenco della documentazione, datato e firmato;
p)	di allegare copia del documento di riconoscimento;
q)	di eleggere il proprio domicilio ai fini della procedura comparativa in via ..... n° ..... città ..... c.a.p. .... tel .....

Data .....

FIRMA

.....

## Allegato B

### Dichiarazione sostitutiva di certificazioni

(Art. 46, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, e domiciliato/a in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità:

### DICHIARA

Di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili (indicare con precisione tutti gli elementi utili alla valutazione):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 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.

Letto, confermato e sottoscritto.

IL/LA DICHIARANTE

---

**ALLEGATO C**

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
(da sottoscrivere davanti all'impiegato addetto o da presentare o spedire con la fotocopia di un documento di identità)  
(Art. 19 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, e domiciliato/a in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità:

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

Che la copia dell'atto unito alla presente dichiarazione :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

è conforme all'originale.

\_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 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.

Letto, confermato e sottoscritto.

IL/LA DICHIARANTE

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

\_\_\_\_\_

(firma per esteso e leggibile)