

Allegato B
Fac simile di domanda

Al Commissario Straordinario
Azienda Sanitaria di Nuoro
Via Demurtas 1
08100 Nuoro

DOMANDA DI AMMISSIONE AVVISO PUBBLICO PER TITOLO E COLLOQUIO PER LA COPERTURA A TEMPO DETERMINATO DI POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE ASSISTENTE SOCIALE – CAT. D.DA DESTINARE AI DISTRETTI SANITARI AZIENDALI.

II/La sottoscritto/a _____ C.F. _____ chiede di essere ammesso/a alla Pubblica Selezione, per titoli e colloquio, per la copertura di posti a tempo determinato della seguente posizione funzionale: Collaboratore Professionale Assistente Sociale.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- a) di essere nato/a a _____; Prov _____ il _____;
- b) di essere residente a _____ in Via _____ n _____ CAP. _____;
- c) (barrare la casella interessata)
- . di essere cittadino italiano;
- . di essere cittadino di uno dei Paesi dell'Unione Europea ed in specie _____ e di godere dei diritti civili e politici anche nello stato di appartenenza o di provenienza; di essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica; di avere ottenuto il riconoscimento da parte del Ministero della Salute dei titoli di studio e di abilitazione previsti per partecipare alla procedura concorsuale conseguiti all'estero.
- . di essere cittadino straniero che si trova in una delle condizioni di cui all'art. 38 D.lgs. 165/01 e all'art. 1, punto 1, del bando (allegare documentazione in copia conforme all'originale utilizzando il modello di dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui al fac-simile allegato):
- familiare di cittadino membro della UE, non avente la cittadinanza di uno Stato membro che sia titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
 - cittadino di Paese terzo che sia titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
 - titolare dello status di rifugiato;
 - titolare dello status di protezione sussidiaria.
- d) di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____; (1)
- e) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari (solo per i candidati di sesso maschile) _____;
- f) di godere/non godere dei diritti civili e politici _____;
- g) di avere/non avere riportato condanne penali _____; (2)
- h) di avere/non avere procedimenti penali pendenti (3)
- i) di essere/non essere in possesso della idoneità fisica alle mansioni da svolgere;
- l) di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ come richiesto dal Bando, conseguito il _____ presso _____;
- m) di essere iscritto all'albo dell'albo professionale _____ della provincia di _____ dal _____;
- n) di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (4);
- o) di essere/non essere stato destituito, dispensato o licenziato da un pubblico impiego _____; (5)
- p) di avere/non avere diritto ad usufruire di riserve, precedenza o preferenze (6);
- q) di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nel bando relativo al concorso in oggetto;
- r) di autorizzare il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n°196.

Chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente concorso venga fatta al seguente indirizzo: _____; Via _____; n. _____; C.A.P. _____; Comune _____; Prov. _____; Telefono _____; e-mail _____;

Luogo, data

Firma

-
- (1) in caso positivo, specificare di quale Comune; in caso negativo, indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
 - (2) in caso affermativo, specificare quali;
 - (3) in caso affermativo, specificare quali;
 - (4) in caso affermativo dichiarare i servizi utilizzati il fac simile di dichiarazione sostitutiva di atto notorio indicando tutti gli elementi specificati nel bando di concorso;
 - (5) in caso affermativo, specificare i motivi;
 - (6) in caso affermativo, specificare quali ed allegare i relativi documenti probatori.

Allega alla presente:

- Curriculum formativo e professionale datato e firmato;
 - Elenco, in triplice copia, descrittivo datato e firmato dei documenti e titoli presentati;
 - Copia fotostatica fronte /retro di un documento di identità in corso di validità;
 - Dichiarazione sostitutiva di certificazioni;
 - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
 - Dichiarazione sostitutiva della'atto di notorietà di conformità all'originale di copia.
- (barrare le caselle che interessano).

Allegato C Fac simile

Per dichiarare attività di aggiornamento e formazione

(Nel caso in cui, per il numero delle attività di aggiornamento svolte, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.P.R. 445/2000 art. 46)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver partecipato alla seguente attività di formazione ed aggiornamento e di essere in possesso dei relativi attestati:

- Tipologia evento (specificare) corso congresso convegno _____
Titolo dell'evento _____
In qualità di relatore partecipante
Ente organizzatore: _____
Data evento: _____
Durata giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM si - no
Specificare se con test o esame finale si - no
- Tipologia evento (specificare) corso congresso convegno _____
Titolo dell'evento _____
In qualità di relatore partecipante
Ente organizzatore: _____
Data evento: _____
Durata giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM si - no
Specificare se con test o esame finale si - no
 - Tipologia evento (specificare) corso congresso convegno _____
Titolo dell'evento _____
In qualità di relatore partecipante
Ente organizzatore: _____
Data evento: _____
Durata giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM si - no
Specificare se con test o esame finale si - no

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei titoli suindicati.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda di Nuoro, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03, accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Luogo, Data _____

Il Dichiarante _____

Allegato D Fac-simile

Per dichiarare il possesso di attestati di qualifica professionale e/o ulteriori titoli di studio (con esclusione di quelli già indicati nella domanda di partecipazione al concorso).

(Nel caso in cui, per il numero di attestati conseguiti, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.P.R. 445/2000 art. 46)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti Attestati di qualifica professionale

ENTE EROGATORE	QUALIFICA CONSEGUITA	DATA	DURATA annuale o biennale o in ore

di essere in possesso dei seguenti titoli accademici e di studio:

TITOLO	ENTE EROGATORE	Data conseguimento e durata
		/____/____/____/ Durata_____
		/____/____/____/ Durata_____
		/____/____/____/ Durata_____

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non valutazione dei titoli suindicati.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Sanitaria di Nuoro, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Luogo, Data _____

Il Dichiarante _____

Allegato E Fac-simile

Per dichiarare i Servizi prestati presso altre Pubbliche Amministrazioni o Strutture Private

(Nel caso in cui, per il numero di servizi prestati, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando l'ordine e indicando tutte le informazioni sotto richieste).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, 445)

Il/la sottoscritto/aC.F. n.
..... nato/a a
(.....) il...../...../..... residente a (.....) in via
..... n.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

DICHIARA

1) di prestare (o aver prestato) servizio presso:

Ente(specificare se struttura pubblica o privata/convenzionata con S.S.N.) con sede in dal (giorno/mese/anno) al(giorno/mese/anno), con la qualifica di con rapporto di lavoro (dipendente/libero professionale/co.co.co./etc) a tempo (determinato/indeterminato) con impegno settimanale pari a ore, concluso per (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro:scadenza del contratto, dimissioni, licenziamento);

- Ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n 761 del 1979 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente);
- Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n. 761 del 1979 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente).

2) di prestare (o aver prestato) servizio:

Ente(specificare se struttura pubblica o privata/convenzionata con S.S.N.) con sede in dal (giorno/mese/anno) al(giorno/mese/anno), con la qualifica di con rapporto di lavoro (dipendente/libero professionale/co.co.co./etc) a tempo (determinato/indeterminato) con impegno settimanale pari a ore, concluso per (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro:scadenza del contratto, dimissioni, licenziamento);

- Ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n 761 del 1979 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente);
- Non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n. 761 del 1979 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente).

Il/La Sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Sanitaria di Nuoro, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Luogo, data

Il Dichiarante

Allegato F Fac-simile

Per dichiarare attività di volontariato (esclusivamente nel profilo di Assistente Sociale prestato in strutture pubbliche)

(Nel caso in cui, per il numero di servizi svolti, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (D.P.R. 445/2000 artt.19 e 47)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Di aver svolto attività di volontariato presso strutture pubbliche nel profilo professionale di Assistente Sociale :

Ente / presidio	Data GG/MM/AA	n. ore settimanali
	Da _____ a _____	
	Da _____ a _____	
	Da _____ a _____	
	Da _____ a _____	
	Da _____ a _____	
	Da _____ a _____	
	Da _____ a _____	
	Da _____ a _____	
	Da _____ a _____	

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non valutazione dei titoli suindicati.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Sanitaria di Nuoro, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Luogo, data

Il Dichiarante

_____.

Allegato G Fac-simile

Per dichiarare attività di insegnamento :

(Nel caso in cui, per il numero di servizi svolti, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di avere prestato attività di insegnamento presso Istituti pubblici e/o scuole professionale del SSN:

Ente/Istituto	Anno Accademico	Materia	Ore

Di aver prestato attività di insegnamento in corsi di formazione privati:

Ente/Istituto	Corso/Materia	Totale ore

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non valutazione dei titoli suindicati.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Sanitaria di Nuoro, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Luogo, data

Il Dichiarante
