Allegato A

Schema di domanda (da redigersi su carta semplice a macchina o in stampatello)

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA DI NUORO
VIA DEMURTAS, 1
08100 NUORO

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (Prov. __) il _____, e residente in _____(Prov. __) Via _____(c. a. p. _____) n. tel. _____, chiede di essere ammesso/a *alla procedura comparativa, per il conferimento di un incarico di Tecnico Informatico.*

A tal fine, 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 essere cittadino italiano o equivalente o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;

2) di essere in possesso di età non superiore ai limiti previsti dalla vigente legislazione per il mantenimento in servizio;

3) di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;

4) di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di (1)_____;

5) di non avere mai riportato condanne penali, né ha procedimenti penali in corso (2);

6) di godere dei diritti civili e politici;

7) che per quanto riguarda gli obblighi militari la sua posizione è la seguente _____;

8) di essere in possesso del diploma di scuola media superiore in _____;

9) di essere in possesso della Laurea _____;

10) di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni _____
_____
_____(3)

11) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione, né dichiarato decaduto da altro impiego;

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni ai fini della presente procedura:

(comune)_____ (via) _____ (c. a. p.) ____ (tel.) _____

Data _____

_____

FIRMA

1) in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi;
(2) in caso contrario, indicare specificare quali. Indicare inoltre la data del provvedimento e dall'autorità che lo ha emesso. Tale indicazione deve essere riportata anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziario;
(3) precisare la qualifica rivestita nella Amministrazione di appartenenza e gli altri eventuali servizi prestati presso pubbliche Amministrazioni e la cause di risoluzione di tali rapporti di lavoro;

Allegato B

Per dichiarare i Servizi prestati presso 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 200, 445)

Il/la sottoscritto/a ……C.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 ….);

3. 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);
4. 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 ….);

5. 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);
6. 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

_____ _____.