

**SCHEMA DOMANDA**

(I dati devono essere leggibili)

All'Azienda Sociosanitaria  
Locale n. 4  
Via G.B. Ghio 9  
16043 Chiavari – GE-

...I... sottoscritt .....  
(cognome e nome) nat... il ...../...../..... a ..... provincia  
(...) chiede di partecipare all'avviso pubblico per la copertura di n.....posto/i di  
.....

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali in cui incorrerebbe in caso di dichiarazioni false, ai sensi artt. 46 e 47 DPR 445/2000, che:

- a) è residente nel comune di ..... (provincia di .....)
- b) è in possesso della seguente cittadinanza.....
- c) è iscritt..... nelle liste elettorali del comune di .....
- d) non ha riportato condanne penali /ha riportato le seguenti condanne penali  
.....(cancellare l'ipotesi che non interessa);
- e) è in possesso del seguente titolo di studio:  
.....conseguito il .....  
presso.....
- f) È iscritto all'albo del Collegio Professionale provinciale di .....n. ....  
dal .....
- g) di aver effettuato il servizio militare di leva oppure servizio civile dal .....  
al..... ovvero di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di  
leva.....;

(per i soggetti nati entro il 1985)

- h) di essere  coniugato  non coniugato  indicare il numero dei figli .....
- i) di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni/oppure di aver prestato presso Pubbliche Amministrazioni i servizi che risultano dal curriculum allegato (cancellare l'ipotesi che non interessa);
- j) in caso di servizi prestati presso P.A.: di essere stato / di non essere stato dispensato dall'impiego presso PP.AA. (cancellare l'ipotesi che non interessa);
- k) è in possesso dei titoli che danno diritto ad usufruire di riserve/precedenze /preferenze  
.....
- l) ha preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di avviso:

Il/la sottoscritt\_ dichiara altresì di autorizzare l'Azienda Sanitaria al trattamento dei propri dati personali, finalizzati all'espletamento della procedura in argomento, nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento U.E. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/4/2016.

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga inviata al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconosce che l'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario:

**Indirizzo via** .....

**Città** .....(comprensivo del CAP)

**Recapito telefonico** .....

Allegati:

- 1) Curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- 2) Ricevuta del versamento della tassa di €.10,00;
- 3) Elenco dei documenti eventualmente allegati, datato e firmato;
- 4) Fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.

Luogo e data .....

Firma

.....