

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.....
 OPPURE di essere in una delle condizioni di cui al punto B) del paragrafo "Requisiti di ammissione" e precisamente
- 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 (indicare laurea + specializzazione):
conseguito il
 presso.....
conseguito il
 presso.....
- f) È iscritto all'albo dell'ordine provinciale din. 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**e-mail** _____

Allegati:

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

Luogo e data

Firma

.....