

AL DIRETTORE GENERALE  
Azienda per l' Assistenza Sanitaria  
n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli"  
Piazzetta Portuzza n. 1  
33013 GEMONA DEL FRIULU

### DOMANDA e CURRICULUM PROFESSIONALE – Allegato A

IL/LA SOTTOSCRITTO/A	COGNOME	NOME
----------------------	---------	------

NATO/A IL		A	PROV	
-----------	--	---	------	--

#### RESIDENZA

VIA	N^	FRAZIONE
-----	----	----------

CAP	CITTA'	PROV ( )	STATO	
-----	--------	----------	-------	--

**DOMICILIO** (indicare l'indirizzo presso il quale effettuare ogni comunicazione relativa alla presente procedura – compilare solo se diversa dalla residenza sopra riportata)

VIA	N^	FRAZIONE
-----	----	----------

CAP	CITTA'	PROV ( )	STATO	
-----	--------	----------	-------	--

CELLULARE	FISSO
-----------	-------

E-MAIL	E-MAIL PEC (eventuale)
--------	---------------------------

CODICE FISCALE:																			
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### CHIEDE

di partecipare al **CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI A N. 1 POSTO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – LOGOPEDISTA – DI CUI A BANDO PROT N. 43979 DEL 16.10.2015.**

ai sensi e per gli effetti di cui agli artt 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n.445"Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

#### DICHIARA DI:

essere in possesso della cittadinanza	
---------------------------------------	--

*Solo per i cittadini appartenenti ad uno degli Stati membri dell'Unione Europea*

godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>(barrare solo la casella interessata)</i>		

essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_

*Per i cittadini Extra Unione Europea*

Di essere familiare di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, di cittadinanza \_\_\_\_\_

Grado di Parentela \_\_\_\_\_

essere titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo  SI  NO

Di essere titolare dello status di rifugiato  SI  NO

Di essere titolare dello status di protezione sussidiaria  SI  NO

*(barrare solo la casella interessata)*

*Solo per i cittadini non italiani*

di avere una adeguata conoscenza della lingua Italiana

SI  NO

*(barrare solo la casella interessata)*

*Solo per i cittadini soggetti all'obbligo di leva (per i soggetti nati entro il 1985)*

di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva *(barrare solo la casella interessata)*

SI quale \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

NO

*Per tutti*

aver subito condanne che comportino l'interdizione *perpetua* dai pubblici uffici *(barrare solo la casella interessata)*

SI quale \_\_\_\_\_

NO

aver subito condanne che comportino l'interdizione *temporanea* dei pubblici uffici *(barrare solo la casella interessata)*

SI

- il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici è antecedente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda  SI  NO *(barrare solo la casella interessata)*

NO

essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per aver conseguito l'assunzione mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile

SI  NO *(barrare solo la casella interessata)*

essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per lo svolgimento di attività incompatibile con il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione;

SI  NO *(barrare solo la casella interessata)*

di avere procedimenti penali in corso

SI  NO

*(barrare solo la casella interessata)*

**Requisito d'ammissione**

essere in possesso della **Laurea** in ..... classe di Laurea .....  
conseguito in data.....  
presso l'Università di.....  
sita in.....

*Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia*

Riconoscimento a cura del, in data \_\_\_\_\_

**avere prestato servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di:**

profilo professionale: \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_

con rapporto a tempo: (*barrare solo la casella interessata*)  determinato  indeterminato

tipologia: (*barrare solo la casella interessata*)  definito

pieno

impegno ridotto al \_\_\_% per ore \_\_\_\_\_ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) \_\_\_\_\_

di (città, e indirizzo) \_\_\_\_\_

con interruzione dal servizio (*ad es. per aspettative senza assegni*):

dal (giorno, mese anno) \_\_\_\_\_

al (giorno, mese anno) \_\_\_\_\_

motivo interruzione o cause risoluzione \_\_\_\_\_

**(duplicare il riquadro ad ogni variazione)**

**avere prestato servizio all'ESTERO con rapporto di lavoro subordinato,**

*Solo se effettuato o in stato diverso dall'Italia*

Riconoscimento a cura del, in data \_\_\_\_\_

**in qualità di:**

profilo professionale: \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_

con rapporto a tempo: (*barrare solo la casella interessata*)  determinato  indeterminato

tipologia: (*barrare solo la casella interessata*)  definito

pieno

impegno ridotto al \_\_\_% per ore \_\_\_\_\_ settimanali

presso: ( Ente, privati, cc.) \_\_\_\_\_

di (città, e indirizzo) \_\_\_\_\_

con interruzione dal servizio (*ad es. per aspettative senza assegni*):

dal (giorno, mese anno) \_\_\_\_\_

al (giorno, mese anno) \_\_\_\_\_

motivo interruzione o cause risoluzione \_\_\_\_\_

**(duplicare il riquadro ad ogni variazione)**

**avere prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo, in qualità di:**

(es. Co.Co.Co; libero professionista)specificare \_\_\_\_\_

profilo professionale: \_\_\_\_\_

Disciplina \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_

con rapporto a tempo determinato

tipologia: (*barrare solo la casella interessata*)

con impegno orario settimanale di ore \_\_\_\_\_

impegno ridotto al \_\_\_% per ore \_\_\_\_\_ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) \_\_\_\_\_

di (città, e indirizzo) \_\_\_\_\_

con interruzione:  
dal (giorno, mese anno) \_\_\_\_\_  
al (giorno, mese anno) \_\_\_\_\_  
motivo interruzione o cause risoluzione \_\_\_\_\_  
*(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*  
(indicare esattamente la qualifica rivestita, i periodi di servizio prestato, le eventuali modificazioni intervenute e le cause di risoluzione duplicando il riquadro ad ogni variazione)

---

**avere prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo, in qualità di:**  
profilo professionale: \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_  
con rapporto a tempo determinato  
tipologia: *(barrare solo la casella interessata)*  
 con impegno orario settimanale di ore \_\_\_\_\_  
 impegno ridotto al \_\_\_% per ore \_\_\_\_\_ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) \_\_\_\_\_  
di (città, e indirizzo) \_\_\_\_\_

con interruzione:  
dal (giorno, mese anno) \_\_\_\_\_  
al (giorno, mese anno) \_\_\_\_\_  
motivo interruzione o cause risoluzione \_\_\_\_\_  
*(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*

**Di aver effettuato:**

**Tirocinio**                     SI     NO  
**Stages**                      SI     NO  
**Frequenza volontaria**    SI     NO  
**Altro**                         SI     NO \_\_\_\_\_

dal (giorno, mese anno) \_\_\_\_\_  
al (giorno, mese anno) \_\_\_\_\_  
ore/settimana \_\_\_\_\_  
presso (ente) \_\_\_\_\_  
presso (struttura all'interno dell'ente ) \_\_\_\_\_  
*(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*

**Soggiorni studio/addestramento presso:** (soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **quindici giorni**, con esclusione dei tirocini obbligatori)

dal .....al .....

presso.....

descrizione attività svolta.....

.....

dal .....al .....

presso.....

descrizione attività svolta.....

.....

**Aver svolto attività didattica:** si valuta **solamente** l'attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario, non l'insegnamento a corsi di aggiornamento professionale

presso.....

corso per il conseguimento del titolo di .....

a.a.....

n° ore.....

presso.....  
 corso per il conseguimento del titolo di .....  
 materia/insegnamento.....  
 a.a.....  
 n. ore.....

**Elenco di tutte le pubblicazioni** (titolo, pubblicato su, autore/coautore, editore, anno pubblicazione)

*(vedi nota 1 negli ALLEGATI)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

*(duplicare le righe se insufficienti)*

**di aver partecipato quale PARTECIPANTE ai corsi, attività formative, convegni sotto elencati:**

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ORE	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ECM eventuali

*(duplicare le righe se insufficienti)*

**Di aver partecipato quale RELATORE ai corsi, attività formative, convegni sottoelencati**

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ORE	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ECM eventuali

*(duplicare le righe se insufficienti)*

**Di aver partecipato quale DOCENTE ai corsi, attività formative sottoelencati**

ENTE CONFERENTE	TITOLO DOCENZA - NELL'AMBITO DEL CONSEGUIMENTO DEL TITOLO DI (Laurea, altro....)	PERIODO (dal/al-anno accademico)	ORE	ECM eventuali

*(duplicare le righe se insufficienti)*

di manifestare il proprio consenso , ai sensi del D.Lvo n. 196/2003al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali spontaneamente forniti nei limiti di cui all'avviso e subordinatamente al puntuale rispetto della presente normativa

Di autorizzare l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" a comunicare i dati personali spontaneamente forniti ad altre Aziende/Enti del Servizio Sanitario Nazionale in caso di richiesta di

utilizzo della graduatoria in conformità alla vigente normativa;

il proprio espresso impegno a raggiungere, in caso di assunzione, qualsiasi destinazione nell'ambito della Azienda per i servizi sanitari

di avere diritto alla precedenza e/o preferenza in caso di parità di punteggio  
(barrare la casella interessata) (e qualora documentato vedere nota 2 negli ALLEGATI)

SI quale \_\_\_\_\_

NO

di richiedere i benefici previsti dall'art.20 Legge n.104 del 5.2.1992

di indicare, ai fini dell'accertamento della conoscenza della lingua straniera,

INGLESE

FRANCESE

TEDESCO

Altro da dichiarare se di interesse in relazione al profilo di selezione :

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

**Allegati** eventuali alla presente domanda di cui si dichiara la conformità agli originali ai sensi dell'art.2 del DPR n. 445/00

<input type="checkbox"/>	<b>Ricevuta o versamento della tassa di concorso</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Fotocopia di un documento di identità</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Copia della documentazione che attesti l'equiparazione del titolo di studio conseguito all'estero</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Copia della documentazione che attesti l'equiparazione del servizio prestato all'estero</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Pubblicazioni, abstract, articoli -solo se compilata la relativa sezione (nota 1)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Documentazione che attesti stato disabilità; necessità di ausili e tempo aggiuntivi (art. 20 L. 104/92)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Permesso o Carta di soggiorno - solo per cittadini extra Unione Europea</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Titoli di precedenza e/o preferenza - solo se compilata la relativa sezione (nota 2)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Dichiarazioni relative ad auto certificazione</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Elenco documenti</b>

**Luogo e data**

**FIRMA OBBLIGATORIA DEL CANDIDATO**

.....

.....