

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)

dalal

presso.....

descrizione attività svolta.....

.....

dalal

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

Luogo e data

FIRMA OBBLIGATORIA DEL CANDIDATO

.....

.....