MODULO DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

Selezione per il conferimento di n. 1 incarico di collaboratore professionale sanitario - dietista

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PER TITOLI E COLLOQUIO PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO ESTERNO A TEMPO DETERMINATO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - DIETISTA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ (____) il ____/____/_____
codice fiscale _____
residente in (via/corso/piazza) _____ n° _____
località _____ provincia _____ C.A.P. _____
telefono _____ cellulare _____ mail _____

CHIEDE

con la presente di essere ammesso alla procedura di valutazione comparativa per il conferimento di n. 1 incarico a tempo determinato di collaboratore professionale sanitario - dietista e, a tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

CITTADINANZA E DIRITTI POLITICI	☐ di essere cittadino_ italian_; ☐ di essere cittadino_ di uno Stato membro dell'Unione Europea e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana; ☐ di essere cittadino_ extracomunitari_ e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana; ☐ (altra fattispecie disciplinata dall'art. 38 del D.Lgs. 165/2001) _____ _____ ☐ di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero (indicare il motivo della eventuale cancellazione o mancata iscrizione) _____ _____ _____ _____ _____ _____

MODULO DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

Selezione per il conferimento di n. 1 incarico di collaboratore professionale sanitario - dietista

CONDIZIONI DI IDONEITA' ALL'IMPIEGO	☐ di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (<i>in caso affermativo specificare nelle note</i>) ☐ di non essere decaduto, di non essere stato destituito, dispensato o licenziato da impieghi pubblici (<i>in caso affermativo specificare nelle note</i>) ☐ di essere in regola con le norme relative agli obblighi militari (<i>in caso negativo specificare nelle note</i>)
NOTE	
TITOLO DI STUDIO	☒ di possedere il seguente titolo di studio (<i>indicare la denominazione completa e l'eventuale classe di laurea</i>): rilasciato dal _____ di _____ nell'anno _____ con la seguente votazione finale ____/____
IN CASO DI TITOLO EQUIPOLLENTE	Estremi della normativa che sancisce l'equipollenza _____ _____ rilasciato dall'ente/istituto _____ _____ con sede in _____ in data _____
REQUISITI PROFESSIONALI	☒ di avere esperienza professionale di almeno anni uno nella ristorazione collettiva nel periodo _____ _____ presso _____ _____
DICHIARAZIONI	☒ di essere a conoscenza e di accettare in modo implicito ed incondizionato tutte le prescrizioni ed indicazioni contenute nell'avviso pubblico di selezione; ☒ il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al " TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INFORMATIVA) " di cui al relativo titolo "11" richiamato nell'avviso ed esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del decreto legislativo n. 101/2018, per gli adempimenti connessi al presente concorso; ☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto all'Amministrazione dell'Azienda le eventuali variazioni dell'indirizzo indicato nella domanda, esonerando l'Amministrazione medesima da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.
ALLEGATI	☐ fotocopia (fronte retro) del documento di identità del/la sottoscritto/a; ☐ curriculum formativo e professionale; Altra eventuale documentazione allegata, anche integrativa: ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

Chi utilizza il presente modello è pregato di barrare e/o compilare solo le parti che lo riguardano

MODULO DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

Selezione per il conferimento di n. 1 incarico di collaboratore professionale sanitario - dietista

Le eventuali comunicazioni riguardanti la selezione dovranno essere indirizzate a:

<i>(cognome e nome)</i>		<i>(città)</i>		<i>(provincia)</i>	
<i>(indirizzo)</i>				<i>(C.A.P.)</i>	
<i>(telefono rete fissa)</i>		<i>(telefono cellulare)</i>		<i>(indirizzo e-mail)</i>	

___/___/2021	
<i>(data)</i>	FIRMA PER ESTESO E LEGGIBILE La firma non deve essere autentica ai sensi dell'art. 39 c.1 D.P.R. 445/2000

N.B. LA PRESENTE DOMANDA DEVE ESSERE PRESENTATA UNITAMENTE A FOTOCOPIA (FRONTE/RETRO) DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA'