

FAC SIMILE DI DOMANDA

Al Commissario Straordinario  
dell'Azienda ASL n.8  
Servizio del personale  
Via Piero Della Francesca, 1  
Località Su Planu  
09047 Selargius - Cagliari

\_\_l\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n°\_\_\_\_ e  
domiciliat\_\_ per la procedura selettiva in \_\_\_\_\_(CAP\_\_\_\_), Via  
\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammess\_\_ a partecipare alla selezione pubblica, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Cat. "D".

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00, dichiara:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno dei Paesi dell'Unione Europea ed in specie \_\_\_\_\_ e di godere dei diritti civili e politici anche nello stato di appartenenza o di provenienza; di essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica; di avere adeguata conoscenza della lingua italiana; di avere ottenuto il riconoscimento da parte del Ministero della Salute dei titoli di studio e di abilitazione previsti per partecipare alla procedura concorsuale conseguiti all'estero.
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ;
- di non aver riportato condanne penali (in caso contrario specificare);

- di trovarsi rispetto agli obblighi sul reclutamento militare nella seguente posizione:  
(barrare la casella che interessa)  obbligo assolto;  esonerato;  idoneo ma obbligo non ancora assolto;
- di essere in possesso di tutti i requisiti specifici di ammissione indicati nel bando ed in specie:
  - **Laurea nelle Professioni Sanitarie Infermieristiche** -classe SNT/1 – di cui al DM 02/04/2001;
  - **Diploma Universitario di Infermiere** di cui all'art. 6 comma 3, del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ovvero i titoli equipollenti elencati nella sezione B del D.M. 27/07/2000 e più precisamente \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'albo dell'ordine professionale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- di non essere stato destituito, dispensato o dichiarato decaduto dall'impiego presso pubbliche amministrazioni ovvero \_\_\_\_\_ (specificare) \_\_\_\_\_;
- di aver *ovvero* non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (specificare ed indicare le eventuali cause di risoluzione);
- aver diritto di preferenza all'assunzione in base alle vigenti norme di leggi e regolamenti in quanto \_\_\_\_\_.
- Ai sensi del D.Lgs 196/03, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Le comunicazioni relative alla selezione dovranno essere inviate al domicilio sopra indicato. Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Si allegano: curriculum formativo e professionale datato e firmato;  
copia dell'elenco dei documenti e dei titoli presentati  
originale della ricevuta attestante il versamento di € 3,87

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
(D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A (*vedi i seguenti esempi*):

- ◆ di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sotto elencati sono conformi agli originali di cui è in possesso o il cui originale è depositato presso \_\_\_\_\_;
  
- ◆ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere- cat. "D" presso \_\_\_\_\_ con rapporto di dipendenza a tempo pieno o con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
  
- ◆ di prestare (o aver prestato) servizio come Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere- cat. "D" con rapporto \_\_\_\_\_ (co.co.co; co.pro.; libero professionale/consulente etc.) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (specificare se trattasi di struttura pubblica o privata);

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda ASL n. 8, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della

presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Cagliari, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \* \_\_\_\_\_

\* la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante **può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

Il presente allegato è composto  
di n° \_\_\_\_\_ fogli

Il Responsabile  
( *Dott.ssa Patrizia Sollai* )

ALLEGATO DELIBERAZIONE  
N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO      IL DIRETTORE SANITARIO  
( *Dott. Gianluca Calabrò* )      ( *Dott. Ugo Storelli* )

( *Dott. Emilio Simeone* )

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO