

FAC SIMILE DI DOMANDA

Al Commissario Straordinario
dell'Azienda USL 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 **Dirigente fisico nella disciplina Fisica Sanitaria**

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 del diploma di Laurea in Fisica conseguito presso l'Università degli studi di _____;
- di essere in possesso della specializzazione (specificare anno di immatricolazione, durata e data conseguimento) in _____ ovvero di essere esentat__ dal possesso della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso o in disciplina alla stessa equipollente o affine in quanto in servizio di ruolo nella disciplina a concorso alla data di entrata in vigore del DPR 483/97 presso la seguente Azienda USL o Ospedaliera ;
- di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- che nei precedenti rapporti con PP.AA. non vi è stato recesso per giusta causa ai sensi del CCNL vigente;
- 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 Fisico (indicare disciplina) _____ 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 Fisico (indicare disciplina) _____ 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 Usl 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*)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(*Dott. Emilio Simeone*)