

ESENTE DA BOLLO
FAC-SIMILE DI DOMANDA
ALLA DIREZIONE GENERALE

Dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone"
C/O AREA GESTIONE RISORSE UMANE
Ufficio Concorsi
Via Enrico Toti, 76
90128 PALERMO

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (prov. di___)

Il _____ e residente in _____ (prov. di _____) C.A.P. _____ Via

_____ n. _____ tel. _____

C H I E D E

Di poter partecipare al concorso, per soli titoli, riguardanti la formazione di una graduatoria per l'attribuzione di incarichi, a tempo pieno e determinato, per eventuali supplenze, sostituzioni o assegnazione temporanea di personale Collaboratore Tecnico Professionale (Ctg. D), Laureato in chimica o chimica e tecnologie farmaceutiche o titolo equipollente, in ragione della durata prevista per il rimpiazzo, per l'avvicendamento o per l'assegnazione temporanea del personale Collaboratore Tecnico Professionale Laureato in chimica o chimica e tecnologie farmaceutiche o titolo equipollente presso il settore CQRC dell'A.O.U.P.

Ed al contempo dichiara:

- di essere (per i cittadini appartenenti a uno dei Paesi dell'Unione Europea) cittadino/a dello Stato di _____

- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____

-di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____

- di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;

-di avere subito le seguenti condanne penali: _____

-di avere i seguenti procedimenti penali in corso: _____

-di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

conseguito presso _____ il

-
- di possedere l'abilitazione alla professione di Chimico dal _____
 - di possedere il titolo preferenziale di cui all'art. 2 del bando.
 - di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione.
 - di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso
 - di non avere avuto un giudizio negativo dell' A.O.U.P. in precedenti rapporti lavorativi
 - di appartenere a categorie con diritto a preferenze o precedenza ai sensi della normativa vigente: _____
 - di accettare esplicitamente ed integralmente il giudizio insindacabile della commissione esaminatrice
 - di conoscere la seguente lingua straniera _____
 - di conoscere elementi di informatica.
 - che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni.

COGNOME _____

NOME _____

Via/Piazza _____ **n.** _____ **C.A.P.** _____

Citta _____ **Prov.** _____ **Tel.** _____

Che il curriculum allegato alla presente istanza, composto da N. _____ pagine , corrisponde esattamente a quanto in esso dichiarato.

Di allegare i seguenti documenti:

Ricevuta comprovante l'avvenuto versamento della tassa di partecipazione al concorso, non rimborsabile, di € 14,62 da versare sul C.C.P. N.31786932 intestato ad Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" Via del Vespro, 129 Palermo recante l'indicazione

della causale del versamento. _____

Che la sottoscrizione in calce alla presente domanda comporta la totale adesione ed accettazione di tutto quanto contemplato nel bando.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali possono essere trattati, nel rispetto della Legge n. 196/2003, per gli adempimenti connessi al presente concorso.

Data _____ Firma _____

PARTE RISERVATA AI PORTATORI DI HANDICAP

(si intendono portatori di handicap, solo i soggetti riconosciuti tali a seguito di accertamenti effettuati dalle Aziende unità sanitarie locali, mediante le commissioni mediche di cui all'art. 4 della legge 104/92).

Dichiara di essere portatore di handicap ai sensi della legge 104/92 e di avere necessità dei seguenti ausili _____
_____, ovvero dei
seguenti tempi aggiuntivi _____
in sede di esame in relazione allo specifico handicap _____

Data _____ Firma _____