

**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 \_\_\_\_\_