

SET. ASSUNZINE E CONC

ESENTE DA BOLLO
FAC-SIMILE DI DOMANDA
AL DIRETTORE 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. _____

CHIEDE

Di poter partecipare al concorso per soli titoli, riguardante l'attribuzione di incarichi, a tempo pieno e determinato, per eventuali supplenze o sostituzione di personale Tecnico Sanitario di Radiologia medica.

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 essere iscritto all'albo di _____ dal _____

SET. ASSUNZINE E CONC

- 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.

▲
SET. ASSUNZINE E CONC

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 _____
