

FAC- SIMILE DI DOMANDA
ESENTE DA BOLLO

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

__l__ sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ e residente in _____
prov. di _____ C.A.P. _____ Via/Piazza _____ N. _____
tel _____

CHIEDE

Di essere ammess__ al Concorso pubblico per titoli ed esami, per la formazione di una graduatoria riguardante l'attribuzione di incarichi per eventuali supplenze o sostituzione di personale Dirigente Medico, nella disciplina della Medicina Interna, da assumere con contratto a tempo pieno e determinato, in ragione della durata prevista per il rimpiazzo o dall'avvicendamento del personale medico nella stessa disciplina momentaneamente assente presso l'Unità Operativa di Medicina Clinica e Respiratoria di questa A.O.U.P.

A tal fine __l__ sottoscritt__ dichiara sotto la propria personale responsabilità:

- 1) di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero : di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana) _____
_____);
- 2) di essere iscritt__ nelle liste elettorali del Comune di _____
_____;
(ovvero di non esser __ iscritt_ nelle liste elettorali per il seguente motivo _____);
- 3) di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- 4) di avere subito le seguenti condanne penali _____;

5) di avere i seguenti procedimenti penali in corso: _____;

6) di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per il caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, allega dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N° 445/2000;

7) di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____

_____ conseguito presso : _____, con il voto di _____ il _____ e della specializzazione in _____

_____ conseguita presso l'Università di _____

con il voto di _____ il _____;

8) di essere iscritto all'albo di _____ dal _____;

9) di non essere incorso nella destituzione o dichiarato decaduto da impieghi presso la Pubblica Amministrazione;

10) di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso;

11) di non aver avuto un giudizio negativo dall'A.O.U.P. in precedenti rapporti lavorativi;

12) di accettare integralmente quanto previsto nel bando;

13) di appartenere alle seguenti categorie con diritto a preferenze o precedenza ai sensi della normativa vigente: _____

14) di conoscere la seguente lingua straniera _____;

15) di conoscere elementi di informatica;

16) **che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente concorso è il seguente:**

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 domanda comporta la totale adesione ed accettazione di tutto quanto contemplato nel bando.

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

Data _____ Firma _____

PARTE RISERVATA AI PORTATORI DI HANDICAP

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.....

(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).