

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. _____

C H I E D E

Di poter partecipare al concorso 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 Neurochirurgia, da assumere con contratto a tempo pieno e determinato in ragione della durata prevista per il rimpiazzo o per l'avvicendamento del dipendente medico in servizio presso l'A.O.U.P. momentaneamente assente.

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 _____ conseguiti presso _____ il _____;
- di avere conseguito la specializzazione in _____ presso _____ il _____;

- di essere iscritto all'albo di _____ dal _____;

-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 _____