

**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. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter partecipare al concorso per soli titoli, relativo all'attribuzione di incarichi, a tempo pieno e determinato, per eventuali supplenze, sostituzioni o assegnazioni temporanee di personale Assistente Tecnico (Ctg. C) Perito chimico, in ragione della durata prevista per il rimpiazzo, per l'avvicendamento o per l'assegnazione temporanea del personale Assistente Tecnico (ctg. C), Perito chimico, 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 il seguente 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:

1) 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 \_\_\_\_\_