

FAC-SIMILE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE

Al Direttore
ASP Città di Siena
Via Campansi, 18
53100 SIENA

Io sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
nato a _____ Prov. _____ il _____
codice fiscale _____
residente in Via / Piazza _____ n. _____
Località _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Recapiti telefonici _____
E-mail _____
Casella Posta Elettronica Certificata _____

Domicilio presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione inerente la selezione (se diverso dalla residenza):

Via / Piazza _____ n.° _____
Località _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Recapiti telefonici _____

CHIEDO

di partecipare alla selezione pubblica per esame comparativo di curricula, ed eventuale colloquio, finalizzata alla costituzione di una graduatoria di operatori esperti in servizi educativi di supporto in favore dei sordi, per l'affidamento di contratto di lavoro autonomo.

A tale fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/00), il/la sottoscritto/a dichiara:

- di essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea, o loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, ovvero cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornamenti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria (art. 38 D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.) _____
- di avere un'età non inferiore agli anni 18
- di godere del diritto di elettorato attivo e di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;
- di non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi _____;
- di avere/non avere riportato condanne penali;
- di avere/non avere procedimenti penali in corso;
- di non essere stato destinatario di validi ed efficaci atti risolutivi di precedenti rapporti di impiego pubblico comminati per insufficiente rendimento o per produzione di documenti falsi o con mezzi fraudolenti;
- di essere in regola nei confronti dell'obbligo di leva;
- di possedere il seguente titolo di studio: _____
conseguito con voti _____ in data _____ presso la seguente Scuola/Università
_____ con sede in _____;

- di possedere un' esperienza di almeno due anni maturata nello svolgimento di attività, di uguale o analogo contenuto a quello indicato nel paragrafo "oggetto dell'incarico di lavoro autonomo" maturata presso:
- ✓ DENOMINAZIONE: _____;
 - ✓ INDIRIZZO: _____;
 - ✓ QUALIFICA: _____;
 - ✓ PERIODO: DAL _____ AL _____;
- di conoscere la LIS _____;
- di richiedere il seguente importo orario (oltre IVA): _____;
- di aver preso visione del bando e di accettarne incondizionatamente tutte le clausole.

Consente il trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento (UE92016/679 e nelle forme previste dal bando di concorso.

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

- 1) Curriculum formativo e professionale datato e firmato, come da fac-simile allegato.
- 2) Elenco degli eventuali documenti allegati, datato e firmato.
- 3) Fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.

Data _____

Firma _____

Tale domanda deve pervenire all' "ASP Città di Siena" entro e non oltre le ore 12 del 21.09.2019.

FAC-SIMILE CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')

Il sottoscritto
codice fiscale
nato a il, residente in
..... Via n°,
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non
veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 e
sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

A) Di essere in possesso del seguente titolo di studio :

Diploma
conseguita/o presso Scuola di.....
..... voto in data

**B) Di aver conseguito i seguenti, ulteriori titoli di studio (laurea, master, dottorato di
ricerca, altre lauree, attestati LIS, etc, etc.)**

.....
conseguito presso
voto in data

(N.B. Schema da riprodurre per ogni titolo di studio)

C) Di aver avuto rapporti lavorativi alle dipendenze:

- del Servizio Sanitario Nazionale
- di altra Pubblica Amministrazione
- di Privati convenzionati con il SSN
- di Privati non convenzionati con il SSN
- di Agenzie interinali
- di Cooperative

(barrare la voce che interessa)

(Indicare esattamente denominazione ed indirizzo del datore di lavoro)

.....
.....

Tipologia rapporto di lavoro:

- Lavoro subordinato
- Co.co.co.
- Libera professione

(barrare la voce che interessa)

in qualità di: Profilo professionale e categoria.....

.....
.....

dal (gg/mm/aaaa)al (gg/mm/aaaa)

servizio prestato presso
Tempo indeterminato / tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)
Tempo pieno / tempo parziale: per n.ore settimanali / percentuale
(cancellare l'ipotesi che non interessa)

In caso di servizio presso SSN: ricorrono / non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 DPR 761/79 (cancellare l'ipotesi che non interessa).

(N.B. Schema da riprodurre per ogni esperienza lavorativa).

D) Di aver svolto le seguenti ulteriori attività: (utilizzare per dichiarare attività prestata come):

- vincitore di borsa di studio
- tirocinio volontario
- stagista

(barrare la voce che interessa)

Attività svolta con la qualifica di

.....
presso (esatta denominazione e indirizzo azienda / altro).....
.....

dal (gg/mm/aaaa)al (gg/mm/aaaa)

Tempo pieno / tempo parziale: per n.ore settimanali / percentuale

(cancellare l'ipotesi che non interessa)

(N.B. Schema da riprodurre per ogni esperienza)

E) Di aver allegato alla domanda le seguenti pubblicazioni /abstract / poster / altro

(indicare se allegate in originale o in copia resa conforme):

n. ° _____ pubblicazioni/abstracts allegati in originale/fotocopia (cancellare l'ipotesi che non interessa)

F) Di aver effettuato le seguenti docenze:

Titolo del Corso

EnteOrganizzatore.....

a.a. / a.s. oppure: data di svolgimento.....ore docenza n.

Materia di insegnamento:.....

N.B. Per ogni materia indicare il totale delle ore e/o degli aa.aa. o aa.ss.; schema da riprodurre per ciascuna docenza / materia.

G) Di aver partecipato ai seguenti n. _____ corsi di aggiornamento, convegni, seminari, corsi di lingua ed informatica etc.:

Denominazione del corso:.....

Ente organizzatore e luogo svolgimento

Data / date di svolgimento ore complessive

Modalità svolgimento (indicare se uditore o relatore; se con esame finale o senza esame finale; se con ECM e quanti)

N.B. Schema da riprodurre per ogni partecipazione ad attività di aggiornamento etc

H) Altro

.....

I) Dichiaro che tutte le fotocopie allegate sono conformi agli originali in mio possesso.

L) Allego fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.

Luogo e data

FIRMA
