

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 italiano o di altro stato appartenente all'Unione Europea o di paesi terzi, secondo i contenuti dell'art. 38 D.Lgs. 165/2001 e s.m.i...
- di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;
- 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 essere titolare di identificativo Iva in Italia con il numero \_\_\_\_\_;
- di NON essere titolare di identificativo Iva in Italia con il numero;
- di richiedere il seguente importo orario (oltre IVA nel caso in cui si applichi l'imposta come da avviso): \_\_\_\_\_;
- di aver preso visione del bando e di accettarne incondizionatamente tutte le clausole.

Consente il trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003 D. Lgs. n.196/2003 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 28.08.2020.

**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**

---