

PROGRAMMA "MASTER AND BACK – PERCORSI DI RIENTRO ANNO 2009" DELLA
 REGIONE SARDEGNA SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AL COMMISSARIO DELL' AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA
 VIA OSPEDALE,54
 09124 CAGLIARI

OGGETTO: SELEZIONE PUBBLICA PER TITOLI E COLLOQUIO PER

IL SOTTOSCRITTO _____, CODICE
 FISCALE _____, N.
 TEL _____ CHIEDE DI ESSERE AMMESSO ALLA
 PROCEDURA IN OGGETTO.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, AI SENSI DEL DPR 445 DEL
 28.02.2000, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76:

A) DI ESSERE NATO A _____ IL
 _____;

B) DI ESSERE RESIDENTE A: _____
 VIA _____ N° _____ CAP _____;

C) DI ESSERE IN POSSESSO DELLA CITTADINANZA
 _____;

D) DI GODERE DEI DIRITTI CIVILI E POLITICI IN ITALIA O NELLO STATO MEMBRO
 DELL'UNIONE EUROPEA DI PROVENIENZA;

E) DI ESSERE ISCRITTO NELLE LISTE ELETTORALI DEL COMUNE
 DI _____;

DI NON AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI [BARRARE SE CI SI TROVA IN
 QUESTA CONDIZIONE]

DI AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI [BARRARE SE CI SI TROVA IN
 QUESTA CONDIZIONE]

F) DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI
 STUDIO: _____;

G) DI ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO
 _____;

H) DI ESSERE IN POSSESSO DELLA SPECIALIZZAZIONE IN
 _____;

I) DI ESSERE NELLA SEGUENTE POSIZIONE NEI RIGUARDI DEGLI OBBLIGHI
 MILITARI
 _____;

L) DI AVERE O NON AVER PRESTATO SERVIZIO PRESSO PUBBLICHE
 AMMINISTRAZIONI O DATORI DI LAVORO PRIVATI COME DI SEGUITO MEGLIO
 INDICATO:

PUBBLICA AMMINISTRAZION E	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	PROFILO	TEMPO INDET./DE T/Co.Co.C O/ ETC. (IMPEGNO ORARIO SETTIMANAL E

					SPECIFICARE)	
CASA DI CURA / ENTE PRIVATO	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	PROFILO	TEMPO INDET./DE T/Co.Co.C O/ ETC. (SPECIFICARE)	IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE

CAUSE DI RISOLUZIONE DEI RAPPORTI DI PUBBLICO IMPIEGO: _____;

M) DI ESSERE IN POSSESSO DELL'IDONEITÀ FISICA AL SERVIZIO;

N) DI AVER DIRITTO A PRECEDENZA E/O PREFERENZA IN QUANTO _____

_____ ; [BARRARE E SPECIFICARE SE CI SI TROVA IN QUESTA CONDIZIONE]

O) DI ESPRIMERE IL PROPRIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, COMPRESI I DATI SENSIBILI, AI FINI DELLA GESTIONE DELLA PRESENTE PROCEDURA, AI SENSI DELLA D.LGS 196/2003.

CHIEDE CHE OGNI COMUNICAZIONE RELATIVA AL PRESENTE CONCORSO VENGA FATTA AL SEGUENTE INDIRIZZO:

DOTT. _____

VIA _____ N° _____

C.A.P. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

TELEFONO _____

DATA _____

FIRMA

DICHIARA INOLTRE

CHE I DOCUMENTI ALLEGATI, ELENCATI NELL' ALLEGATO ELENCO FIRMATO E DATATO, SONO CONFORMI AGLI ORIGINALI I SENSI DELL' ART. 47 DEL DPR 28 DICEMBRE 2000 N. 445. A TAL FINE ALLEGA LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.

DATA _____

FIRMA

SI ALLEGANO: CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE DATATO E FIRMATO ED ELENCO, IN TRIPLICE COPIA, DEI DOCUMENTI E DEI TITOLI PRESENTATI.