



ALLEGATO A

Modello domanda di partecipazione procedura reclutamento.

AL DIRETTORE DELL'AREA VASTA N. 4
Via Zeppilli, 18
63900 F E R M O

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per titoli e colloquio per il conferimento di n.1 incarico a tempo determinato di Collaboratore Professionale Sanitario Audiometrista Cat. D) bandito da codesta Area Vasta con Determina n. 959/AV4 del 30/12/2019.

A tale fine sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- 1) Di essere nato/a a _____ il _____
- 2) Di essere residente a _____ via _____
- 3) Di essere in possesso:
 - ☐ della cittadinanza italiana
 - ☐ della cittadinanza di uno stato membro UE _____
 - ☐ della cittadinanza di uno stato terzo _____ titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
 - ☐ dello status di rifugiato (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
 - ☐ dello status di protezione sussidiaria (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
- 4) Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
- 5) ☐ Di non aver riportato condanne penali.
☐ Di aver riportato le seguenti condanne penali _____.
- 6) Di avere la seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____.
- 7) Di essere in possesso del seguente requisito di ammissione:
 - a) del diploma di _____ conseguito presso _____ in data _____ (indicare giorno-mese-anno);
 - b) di essere iscritto all'albo professionale (ove esistente) _____ della Provincia di _____ al numero di posizione _____ dal _____.
- 8) Di non aver prestato servizi presso Pubbliche Amministrazioni;
oppure
 - ☐ Di aver prestato (e di prestare) i sotto indicati servizi presso Pubbliche Amministrazioni (indicare eventuali cause di risoluzione): _____

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: Via Oberdan, 2 - 60122 Ancona
C.F. e P.IVA 02175860424

Area Vasta n. 4

Sede Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM
Tel. 0734.625111 - Fax 0734.6252019

e-mail: direzione.av4@sanita.marche.it - Pec: areavasta4.asur@emarche.it - www.asur.marche.it

Comuni: Altidona, Amandola, Belmonte Piceno, Campofilone, Falerone, Fermo, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Montefalcone Appennino, Montefortino, Monte Giberto, Montegranaro, Montegiorgio, Monteleone di Fermo, Montelparo, Monterinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Urano, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Rapagnano, Santa Vittoria in Matenano, Sant'Elpidio a Mare, Servigiano, Smerillo, Torre San Patrizio

Denominazione Ente	Periodo		Qualifica rivestita	Tipo di rapporto (*)	Cause di risoluzione
	dal	al			

(*) indicare tipo di rapporto (a tempo pieno o part-time con indicazione dell'orario svolto; tempo determinato o tempo indeterminato), eventuali periodi di aspettativa (dal – al)

- ☐ Che relativamente a suindicati servizi ☐ ricorrono ☐ non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979 relativo alla riduzione del punteggio di servizio per mancata partecipazione all'attività di formazione (in caso positivo precisare la misura della riduzione);

9) di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;

10) Di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata (da compilare a pena di esclusione in caso di invio domanda tramite PEC) _____
(per l'invio della documentazione dovrà essere usato, a pena di esclusione, il formato aperto "PDF/A", indicato come formato per la conservazione dei documenti nel supplemento ordinario n. 20 alla G.U. del 13/03/2014)

11) di indicare, in ordine di priorità, le seguenti preferenze nel caso di eventuale utilizzo della graduatoria da parte dell'ASUR Marche, Aree Vaste n. 1, 2, 3 e 5:

Ambiti territoriali ASUR scelti

12) Di dare il consenso al trattamento dei dati Personali (D.Lgs 196/2003).

13) Di aver diritto a precedenza e preferenze di legge in quanto (Allegare la documentazione probatoria _____)

14) Che il domicilio presso il quale deve essere fatta, ad ogni effetto e fino a nuova comunicazione, ogni necessaria comunicazione è il seguente:

NOME _____ COGNOME _____

VIA _____ N° _____

CITTA' _____ CAP _____

TELEFONO _____

E-MAIL/PEC _____

15) Di aver diritto, in quanto beneficiario della L. 104 del 5/2/92, dell'ausilio di _____ nonché di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove pari a _____.

Ai fini della valutazione di merito allega i documenti e i titoli, oltre al curriculum, come riportati nell'accluso elenco in

In fede.

Luogo _____ Data _____
_____ firma

